Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen werden portofrei erbeten. Für die Redaction unter der Adresse: Karolinenplatz 2/0. Für Abonnement u. Inserate an Jos. Ant. Finsterlin in München, Salvatorstr. 21.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 20. 1886. 18. Mai. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/0. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 33. Jahrgang.

Originalien.

Ueber die Incubation und Uebertragbarkeit der Parotitis epidemica.

Von Dr. *Fr. Roth*, dirig. Arzt des Krankenhauses zu Bamberg.

(Nach einem im ärztlichen Bezirks-Verein zu Bamberg gehaltenen Vortrag.)

Die Dauer der Incubation der Parotitis epidemica wird von verschiedenen Autoren in der verschiedensten Weise angegeben.

Aus einer älteren Beobachtung Leitzen's [1]) lässt sich die Incubationsdauer auf etwa 18 Tage berechnen.

„In den Franke'schen Stiftungen in Halle waren in den letzten Tagen des April 1837 sechs Orphani erkrankt. Von den Schülern, welche abgesondert von den Orphanis wohnen, aber mit diesen gemeinschaftlich unterrichtet wurden, erkrankte der erste am 16. Mai, und es verbreitete sich nun der Mumps unter diesen.“

Nach Lebert's [2]) Angaben „kann die Incubation zwischen 8 Tagen und 3 Wochen schwanken, wesshalb in der gleichen Familie bei vielen Kindern die Fälle oft in Zwischenräumen nach einander vorkommen.“

Sallaud gibt in seiner These [3]) an, dass nach Trousseau sich die Incubation auf 10—14 Tage stelle.

Der Angabe Lebert's näher stehen die Beobachtungen von Benno Wagner [4]), nach welchen sich die Incubationsdauer auf 12—21 Tage beläuft.

Gerhardt sagt in seinem Lehrbuche der Kinderkrankheiten [5]): „Die Incubationsdauer der Parotitis beträgt ziemlich genau 14 Tage, soll übrigens nach einzelnen Angaben zwischen 1—3 Wochen schwanken.“

Im Gerhardt'schen Handbuche der Kinderkrankheiten [6]) gibt Leichtenstern die Dauer des Incubationsstadiums der Parotitis als zwischen 7—14 Tagen schwankend an, bemerkt übrigens, dass die Angaben über diesen Punkt sehr different lauten und noch der Correctur durch genauere und namentlich zahlreichere Beobachtungen bedürfen.

In einer Anmerkung erwähnt übrigens Leichtenstern, dass ausnahmsweise auch eine kürzere 3—4 tägige Incubationsdauer beobachtet worden sei (Leitzen, Ozanam cit. bei v. Bruns Chirurgische Pathologie und Therapie I. S. 1060), und dass Rilliet und Lombard nach ihren Beobachtungen während einer grösseren Epidemie zu Genf für eine Incubationszeit von 20—22 Tagen, weniger oft von 14—18 Tagen sich aussprechen.

Soltmann [7]) bestimmte bei einer Epidemie in Breslau die Incubationsdauer in 4 Fällen, in welchen sie bestimmt werden konnte, auf 9, 11, 12 und 18 Tage.

Luche [8]) glaubt bei einer im Cadettenhause zu Ploen vorgekommenen Epidemie, welche sich durch grosse Extensität auszeichnete, indem von 131 Cadetten 118 erkrankten, die Dauer der Incubation auf 17—18 Tage berechnen zu können.

Nach Dukes [9]) schwankte die Incubation von Mumps in 42 Fällen zwischen 14—25 Tagen, und betrug im Mittel 18 6/7 Tage.

Henoch [10]) endlich spricht von einem etwa „14tägigen Incubationsstadium“.

Ich masse mir nun nicht an, mit den vorstehenden literarischen Angaben die Literatur des Gegenstandes erschöpft zu haben; es war das auch durchaus nicht meine Absicht. Die Aeusserungen der genannten Autoren zeigen zur Genüge, wie wenig Uebereinstimmung der Beobachter über unseren Gegenstand herrscht. Wir finden zwischen 4 und 25 Tagen fast jeden Tag als die Incubationsdauer begrenzend genannt; und dieses Resultat könnte durch Herbeiziehung weiterer Literaturangaben kaum geändert werden. Da an der Genauigkeit der Angaben und der Berechnungen bei zumeist so hervorragenden Autoren nicht gezweifelt werden kann, so muss in der That angenommen werden, dass die Parotitis eine sehr veränderliche Incubationsdauer besitzt, unähnlich anderen Infectionskrankheiten, bei welchen dieselbe eine mehr constante Grösse darstellt; wie z. B. Masern, Pocken, Vaccina, Syphilis. Sehen wir von den niedersten Ziffern, 3—4 Tagen, welche unter allen Umständen nur als ganz ausnahmsweise beobachtet erscheinen, ab, so ist aus dem vorliegenden Materiale nicht einmal zu entnehmen, welche Zahlen als Regel und welche als Ausnahmen anzusprechen seien; es werden mit gleicher Sicherheit ein, zwei und drei Wochen dauernde Incubationsstadien genannt; von den dazwischen und darüber hinausliegenden Tagen nicht zu sprechen.

1) Hufeland, Journal für praktische Heilkunde. 1838. Bd. 86. H. 4. S. 101.

2) Handbuch der praktischen Medicin. 1859. I. S. 86.

3) Des Oreillons, de leur nature, de leur soidisant métastases. Montpellier 1868.

4) Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1869. II. S. 335.

5) 3. Auflage 1874. S. 126.

6) 1877. 2. Band. S. 659.

7) Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1878. N. F. XII. S. 409.

8) Berliner klinische Wochenschrift. 1879. Nr. 40.

9) The incubation period of Scarlatina, Varicella, Parotitis etc. The Lancet 1881. 29. October.

10) Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1881. S. 416.

Wenn wir, was ungemein nahe liegt, mit Gerhardt[11]) annehmen können, dass „die Incubation je nach dem Entwickelungsstadium, in dem sich der Infectionsstoff zur Zeit der Uebertragung befand, verschieden lange dauert“, so werden wir von der Parotitis sagen dürfen, dass ihr Keim durch nicht wenige Entwicklungsstadien hindurch seine Infectionskraft bewahrt, und im Falle neuer Uebertragungen vom Vorgeschrittensein seiner Entwicklung durch längere oder kürzere Latenz Zeugniss ablegt. In welchem Entwicklungsstadium aber der Keim die meiste Infectionskraft besitzt, mit anderen Worten, wie lange die Incubationsdauer der Parotitis in der Regel ist, bleibt, wie Leichtenstern[12]) andeutet, dem Ergebnisse genauerer und zahlreicherer Beobachtungen vorbehalten.

Da es mir in der letzten Zeit gelungen ist, in zwei Fällen die Incubationsdauer der Parotitis mit kaum anzuzweifelnder Sicherheit zu bestimmen, so komme ich gerne der Aufforderung Leichtenstern's, durch Bekanntgabe der Beobachtungen nach.

Nachdem lange Zeit im hiesigen Krankenhause kein Fall von Parotitis epidemica vorgekommen war, wurde am 30. September ds. Jrs. eine 22jährige Köchin K. W. aus einem benachbarten Dorfe, seit einer Woche an Parotitis erkrankt, aufgenommen. Die Kranke kam neben einer am 29. September ds. Jrs. wegen Lähmung und Ecchymose des rechten Stimmbandes aufgenommenen 40 Jahre alten Köchin K. D. aus Bamberg zu liegen. Am 18. October erkrankte nun diese Letztere an Parotitis.

Mein Assistenzarzt, Herr Dr. Borsutzky, hatte in den Monaten September und October täglich gegen Mittag nach vollendeter Krankenvisite eine kranke, 30 Jahre alte Dame in der Stadt besucht; so auch am 30. September, und an diesem Tage unmittelbar nachdem er sich mit der eben nach der Visite eingetretenen ersten Parotitiskranken K. W. beschäftigt hatte. Am 18. October Mittags wurde diese Dame, welche mit Parotitiskranken nie in Berührung gekommen war, plötzlich von Hitze und Röthe am Kopfe befallen, und zeigte schon Abends das ausgesprochene Bild der Parotitis, welche zuerst auf der rechten, dann auf der linken Seite auftrat, und später auch noch von Entzündung der Submaxillardrüsen gefolgt war.

Diese beiden Infectionsfälle sprechen doch mit kaum zu beanstandender Sicherheit dafür, dass bei ihnen dem Ausbruch der Krankheit ein 18tägiges Incubationsstadium vorausgegangen ist. Freilich muss die Annahme zu Grunde gelegt werden, dass der Infectionskeim am 30. September von Herrn Dr. Borsutzky, der selbst gesund geblieben ist, zu seiner Patientin in die Stadt verschleppt worden ist.

Die Verschleppbarkeit von contagiösen Krankheiten — und die Contagiosität der Parotitis epidemica wird wohl kaum von Jemand geläugnet — ist zwar in den letzten Jahren von hochbedeutender Seite angezweifelt worden. Allerdings galten diese Zweifel zunächst dem Verhalten der acuten Exantheme. Es wird aber nicht zu übersehen sein, dass die Parotitis epidemica sehr viele Berührungspunkte mit den acuten Exanthemen gemein hat; wir werden desshalb nicht zu weit gehen, wenn wir diese Krankheit mit den acuten Exanthemen bezüglich der möglichen Verschleppbarkeit ihrer Keime in Parallele stellen.

Bei der auffallenden Congruenz des Incubationsstadiums in unseren beiden Fällen, welches fast auf die Stunde das gleiche war, wird man sich der Annahme nicht entziehen können, dass im zweiten Falle eine Verschleppung durch eine dritte gesund gebliebene Person wirklich stattgefunden hat.

So bieten denn unsere Beobachtungen auch nach dieser Seite hin ein gewisses Interesse; denn, wie die umfangreichen Nachforschungen der bayerischen Aerzte ergeben haben, dass die Vertragung der Keime von acut-exanthematischen Krankheiten durch Dritte gesunde jedenfalls nur selten beobachtet wird, so gehört eine solche Verbreitungsart auch für die Parotitis sicherlich zu den seltenen Vorkommnissen. Von den meisten mir bekannten Autoren wird diese Möglichkeit gar nicht erwähnt, und nur Leichtenstern[13]) gibt an, „dass „für die Verschleppung des Ansteckungsstoffes nach entfern„ten Gegenden einzelne glaubwürdige Beobachtungen (Seta „Thèse de Paris 1869. 7. 8) vorliegen“.

Die vorliegende Mittheilung war schon abgeschlossen, als im Krankenhause ein neuer Fall von Parotitis vorkam, der mit dem ersten der beiden oben erzählten Fälle unschwer in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden kann.

Am 18. November kam ein 20 Jahre altes Hausmädchen, W. K., wegen mittelschwerer Diphtherie in das Krankenhaus; und wurde in das Bett gelegt, welches seit 30. September von der ersterwähnten Kranken, K. W., eingenommen war. Nach der 27. October erfolgten Entlassung dieser Kranken, waren sämmtliche Bettstücke in dem grossen Schimmel'schen Desinfectionsofen desinficirt worden (2 Stunden feuchte Dämpfe, 2 Stunden trockene Hitze über 100° C.).

Nachdem bei der Kranken W. K. die diphtheritische Erkrankung des Rachens abgelaufen war, und nur noch mässige abendliche Temperatursteigerung bestand, trat am 6. December plötzlich Fieber auf (Temperatur der Achselhöhle 38,6), dann Schmerz in beiden Ohren; und schon am 7. December war doppelseitige Parotitis, vorwiegend linkerseits, nachweisbar.

Da uns auch nach Abschluss der ersterwähnten Beobachtung kein Fall von Parotitis im Krankenhause begegnet war, so liegt nichts näher als anzunehmen, dass die W. K. an dem Platze, an welchem sie lag, durch die von der K. W. zurückgebliebenen Parotitiskeime angesteckt worden ist.

Wir ersehen aus dieser Beobachtung zunächst, dass der Parotitiskeim längere Zeit, wirksam bleibend, haften kann, und zwar wahrscheinlich an den Bettstellen, wie Solches ja auch von den Erysipelkeimen bekannt ist. Weiterhin wird aber unser Interesse vorzugsweise gefesselt durch den Umstand, dass, wenn wir annehmen, dass die W. K. unmittelbar oder wenigstens sehr bald, nachdem sie ins Bett gekommen war, den Parotitiskeim in sich aufgenommen hat, die Parotitis bei ihr wieder genau einer Incubationsdauer von 18 Tagen bedurft hat.

Diese neue, den beiden früheren völlig gleichartige Beobachtung lässt eine 18tägige Incubationsdauer bei Parotitis als constanter erscheinen, als von der Mehrzahl der Eingangs erwähnten Autoren angenommen wird.

11) Zur Naturgeschichte der acuten Infectionskrankheiten. Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1874. XII. Band. S. 4.

12) l. c.

13) l. c. S. 656.

Ein Fall von Vergiftung mit Balsamum cannabis indicae.

Von Dr. *Otto Seifert*, Privatdocent in Würzburg.

Von Denzel wird ein Präparat von Cannabis indicae in den Handel gebracht, der Balsamum cannabis indicae, das ein Medicament von zuverlässiger Wirkung, ein ausgezeichnetes Schlafmittel sein solle ohne jede unangenehme Nebenwirkung. Als Einzeldosis werden angegeben 0,1—0,3.

Von einem hiesigen Collegen wurden kürzlich einer Patientin mit Nephritis, die viele andere Narcotica schlecht vertragen hatte, Pillen verschrieben, von denen jede 0,1 dieses Balsams enthielt, sie sollte davon des Abends 2 Stück nehmen. Das geschah denn auch, Patientin konnte darnach ziemlich gut schlafen, klagte aber am andern Morgen über unangenehme Erscheinungen: Schwindel, Eingenommensein des Kopfes, Sehstörungen, Herzklopfen, so dass sie vor Mittag das Bett nicht verlassen konnte. Beim Aufstehen ergab sich nun, dass das Gehen erschwert war, es zeigte sich ein Gefühl von Unsicherheit in den Beinen, eigenthümliches Kriebeln in den Armen und Händen, Andauer des Schwindels und der Sehstörungen, Patientin konnte nur ein paar Schritte weit sehen. Diese Beschwerden dauerten den ganzen Tag an und weigerte sich in Folge dessen die Patientin, das gleiche Mittel nochmals zu nehmen. Am folgenden Tag waren die sämmtlichen Beschwerden verschwunden.

Unangenehmere Erscheinungen traten bei dem betreffenden Collegen auf, der am Morgen des anderen Tages (nachdem er seiner Patientin das Mittel gegeben) an sich selbst das Medicament erproben wollte. Das Frühstück war um ½ 8 Uhr genommen worden bestehend aus Kaffee mit Brod und um ½ 9 Uhr verschluckte er eine von den Pillen, welche er der Patientin verschrieben hatte. In der ersten halben Stunde bemerkte Herr C. gar keine Erscheinungen, er hatte fast schon vergessen, dass er ein Medicament genommen, in der zweiten halben Stunde begann ein Angstgefühl sich einzustellen, ein eigenthümliches Ziehen von den Extremitäten nach der Brust hin, Kältegefühl der Haut, Kriebeln in den Händen. Das Angstgefühl steigerte sich mehr und mehr, so dass Patient anfing zu schreien und um Hilfe zu rufen. Mit einem befreundeten Collegen (Dr. Koch) wurde auch ich gleichzeitig gerufen, etwa 10¼ Uhr des Morgens, also nicht ganz 2 Stunden nachdem die Pille genommen war. Das ganze Haus befand sich in der grössten Aufregung, da man das Geschrei des Herrn C. durch alle Etagen durch hörte. In erster Linie verschafften wir uns Ruhe vor der jammernden Umgebung und gingen daran, den Patienten zu untersuchen.

Patient war noch so weit bei Besinnung, dass er uns mittheilen konnte, er habe eine Pille von dem Balsam. cannabis indic. Denzel, enthaltend 0,1 des Präparates, vor 2 Stunden genommen.

Es ergab sich folgender Befund: Patient sass auf dem Sofa, zum Theil entkleidet, klagte über heftigen Frost, wollte sich jedoch weder zu Bett legen, noch sich mit Decken einhüllen lassen, schrie fortwährend laut auf, „ich muss sterben“ „das ist zu toll“ „o das thut weh“ und wollte sich gar nicht beruhigen lassen. Gesicht ganz blass, Pupillen mittelweit, langsam auf Lichteinfall reagirend, Haut und Extremitäten blass und kühl, Puls weich, frequent (120), regelmässig, Respiration gleichmässig, hie und da unterbrochen durch eine seufzende Inspiration.

Diese anfängliche Aufregung liess nach wenigen Minuten nach, Patient bemerkte, dass es ihm besser ginge, wir flössten ihm schwarzen Kaffee und starken Wein ein, aber diese Ruhe war nur von kurzer Dauer, er fing gleich wieder an zu schreien und zu toben, liess mich nicht mehr von seiner Seite, klammerte sich fest an mich an, ich musste seine Hand halten und beruhigend auf ihn einreden. Späterhin klagte er über Schmerzen in der Musculatur, es traten leichte Zuckungen in den Unterextremitäten auf, die Wadenmusculatur war besonders schmerzhaft und krampfhaft fest contrahirt, der Puls wurde etwas langsamer, um nach einiger Zeit wieder auf 120 anzusteigen, blieb aber immer regelmässig. Es folgten nun in kurzen Zwischenräumen solche Pausen der Ruhe, in denen Patient sich wohler fühlte, dann längere Anfälle von Aufregung auf einander, in denen er schrie und zu sterben fürchtete, mir die Fürsorge für seine Kinder anempfahl, dabei blieb die Haut stets kühl, das Gesicht blass. Nur mit Mühe gelang es uns, die Unterextremitäten in erwärmte wollene Decken einzuhüllen und ihm von Zeit zu Zeit etwas Wein einzuflössen, des Oefteren schlug er mir das Trinkgefäss aus der Hand.

Gegen 1 Uhr nahm die Erregung immer mehr zu, es zeigten sich kaum mehr Pausen der Ruhe, Patient musste von 2 kräftigen Männern gehalten werden, sonst wäre er auf uns losgestürzt, jetzt wurde auch das Gesicht hochgeröthet, die Haut wärmer, die Pupillen sehr weit, nicht mehr auf Lichteinfall reagirend, der Puls konnte wegen der Widerspenstigkeit des Patienten nicht mehr gezählt werden, Patient jammerte, dass er gar nichts mehr sehen könne. Dieses höchste Stadium der Erregung dauerte bis 2 Uhr, um einem mässigen Bedürfniss nach Ruhe Platz zu machen. Man konnte nun den Patienten zu Bett bringen, durfte aber wenig mit ihm reden, da er gleich wieder in Aufregung gerieth, der Puls war auf 80 gesunken, voll, regelmässig, die Pupillen immer noch dilatirt, Sehstörungen die gleichen, hohes Durstgefühl, Drang zum Urinlassen.

Wir hielten den Patienten zu Bett bis Abends, fester Schlaf war nicht eingetreten, nur leichtes Dahinschlummern und immer noch Angstgefühl, wenn auch nicht mehr zu solcher Aufregung wie des Mittags sich steigernd. Abends 7 Uhr fand ich den Patienten ausser Bett, im Zimmer umhergehend, er klagte noch über Sehstörungen, Eingenommensein des Kopfes, Schmerzen in der Musculatur besonders der Waden, Appetitlosigkeit, Gefühl von Trockenheit im Halse, Pupillen noch dilatirt, Puls voll, regelmässig, 80 in der Minute. Wenn auch in den Ruhepausen des Morgens Patient ganz richtig Auskunft gegeben hatte, so war ihm doch die Erinnerung an die Zeit von 9 Uhr bis Abends 6 Uhr völlig entschwunden, nur das Angstgefühl und die Muskelschmerzen waren ihm in sehr unangenehmer Weise im Gedächtniss geblieben. Am folgenden Tage fühlte sich Patient noch sehr matt, hatte in der Nacht wenig geschlafen, immer noch unangenehme Empfindungen in der Musculatur, die Pupillen waren mittelweit, langsam auf Licht reagirend, Puls voll, regelmässig, langsam (76). Erst nach Ablauf von weiteren 2 Tagen fühlte sich Patient wieder ganz wohl.

Während in dem ersten Fall das Präparat die gewünschte Schlafwirkung erzielte und nur in leichtestem Grade unangenehme Nebenerscheinungen am Tage nachher sich zeigten, traten im zweiten Falle schon nach einer Dosis von 0,1 die

allerunangenehmsten Erscheinungen des Haschischrausches auf, die den Patienten für mehrere Tage arbeitsunfähig machten und seiner Umgebung und ihm selbst die allergrössten Sorgen verursachten. Man konnte zwar von Anfang an wegen der geringen Dosis, die genommen war, mit der grössten Wahrscheinlichkeit annehmen, dass lebensgefährliche Symptome nicht kommen würden, allein dieses Aufregungsstadium hatte doch auch für den nüchternen objectiven Beobachter etwas Erschreckendes.

Wir legten uns natürlich die Frage vor, wesshalb bei diesem Herrn schon 0,1 des Medicamentes so schwere lange andauernde Excitationserscheinungen verursacht habe und konnten uns nur insofern eine Erklärung geben, als wir wussten, dass Patient auch im gewöhnlichen Leben leicht in Erregung geräth und seinem Nervensystem schon viel durch sehr reichlichen Tabakgenuss zugemuthet hat.

Jedenfalls geht aus der Betrachtung dieses Falles hervor, dass man mit Balsamum cannabis indicae Denzel sehr vorsichtig sein muss und dieses Präparat nicht ohne Weiters als ein Schlafmittel ohne unangenehme Nebenerscheinungen ansehen und empfehlen darf.

Was aus Anlass des von mir beobachteten Vergiftungsfalles mit Balsamum cannabis indicae gesagt wird, lässt sich auch in der gleichen Weise auf das Extr. cannabis indicae übertragen, wie dies aus einer Mittheilung in der letzten Sitzung der Wiener Amtsärzte*) hervorgeht. Eine Dame, die früher schon Extr. cannabis indicae genommen hatte, bekam nach einer Dosis von 0,5 sehr unangenehme Erscheinungen, insbesondere Hallucinationen, desgleichen ihr Gatte, der die gleiche Dosis genommen hatte. Die genaue Untersuchung ergab, dass das Präparat rein und richtig dispensirt war.

Es wird dies als ein drastischer Beleg aufgefasst, dass Extr. cannabis indicae zu den unverlässlichsten Präparaten gehört, seine Anwendung daher besondere Vorsicht erheischt.

Bezüglich der Behandlung nur die eine Bemerkung. Da von dem Zeitpunkte der Aufnahme des Präparates in den Magen bis zu unserem Eintreffen schon 2 Stunden verflossen waren, so glaubten wir von einer Entleerung des Magens, sei es mittels Brechmittels sei es durch Magenausspülung, absehen zu dürfen, zumal ja die Kleinheit der genommenen Dosis uns von vornherein den Schluss auf einen günstigen Ausgang dieser Vergiftung gestattete.

Aus der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkrankheiten des Herrn Prof. Dr. Jurasz in Heidelberg.

Ueber die Verkrümmungen der Nasenscheidewand und deren Behandlung.

Von *Wilhelm Hubert* in Heidelberg.

(Schluss).

Den bisher bekannten und eben besprochenen Behandlungsmethoden der Verkrümmungen der Nasenscheidewand möchte ich an dieser Stelle noch zwei neue bis jetzt nicht publicirte hinzufügen. Ich habe dieselben in der hiesigen ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachen-Krankheiten durch die Güte des Leiters derselben, des Herrn Professor Jurasz, dem ich desshalb hier meinen innigsten Dank ausspreche, ausführen sehen. Die Resultate derselben können als recht günstige angesehen werden. Die eine Methode bezieht sich auf die Behandlung frischer traumatischer Deviationen des Septum mittelst Wattetampons; die andere betrifft knöcherne Prominenzen und schiefe Stellungen des Vomer, die mit dem Galvanocauter beseitigt werden. Bevor ich aber auf diese Methoden näher eingehe, möchte ich hier noch die Resultate der Adams-Jurasz'schen Operation, von der schon oben die Rede war, durch folgende weitere Fälle, die ich zum Theil persönlich zu beobachten Gelegenheit hatte, illustriren.

I. Julius P., 22 Jahre alt, 9. Mai 1882. Starke Deviation der Nasenspitze nach links von der Medianlinie. Verengerung der linken Nasenhöhle, durch welche weder bei Inoch bei Exspiration Luft durchgeht. Die Verengerung ist bedingt durch eine starke Verbiegung des Septum nach links. Leichte nasale Sprache. Im Januar 1882 wurde der Compressor angelegt, musste aber schon am andern Tage wegen heftiger Schmerzen entfernt werden. Es trat eine ziemlich starke Entzündung mit geringen Decubitusgeschwüren ein. Der Effect war gleich Null. P. kam dann wieder am 9. Mai 1882 und liess sich den Compressor nochmals anlegen. Nach Einführung desselben erschien die Nase vollständig in der Medianlinie. Am 14. Mai wurde der Compressor von Dr. Elsässer in Schönau entfernt. An der Nasenhaut zeigte sich eine leichte erysipelatöse Röthe und Schmerzen im Nasenrücken. Nach Abnahme des Compressors stellte sich die Verkrümmung des Septum wieder ein, war aber weniger stark wie vorher. Vom 16. Mai ab wurde die Elfenbeinplatte eingeführt; die Einlegung derselben musste aber am 21. Mai wegen heftiger Schmerzen ausgesetzt werden. Die Nase erschien äusserlich viel gerader. Die Exspiration durch die linke Nasenhöhle ist möglich, Inspiration aber noch nicht. Eine weitere Notiz über den P. finden wir dann in den Journalen vom 3. März 1883. P. erzählte damals, er habe nur 14 Tage lang die Platte eingeführt, weil die früheren Beschwerden von Seiten der Nase verschwunden seien. Auch sei die Nase äusserlich so gerade geworden, dass einer seiner Freunde, der ihn einige Jahre nicht gesehen habe, infolge der Veränderung der Form der Nase, ihn nicht wieder erkannt habe. Auffallend war auch der Unterschied bei Vergleichung der Photographie vor und nach der Operation. Objectiv wurde in der That die Nase ziemlich in der Medianlinie stehend gefunden. Die linke Nasenhöhle war für In- und Exspiration vollständig frei, wiewohl noch eine leichte Verbiegung des Septum nach links nachzuweisen war.

II. Karl H., $14^{1}/_{2}$ Jahre alt, 7. Juli 1882. Aeusserlich wahrnehmbare Verkrümmung der Nase seit der ersten Jugend bestehend; Nasenspitze nach rechts gerichtet, seit fünf Jahren Verschlimmerung; Ursache unbekannt; Athmung bei acuter Coryza sehr gestört; keine asthmatischen Anfälle.

Objectiv. Sehr starke Verkrümmung des Sept. cartilagineum nach links; die Spitze der Prominenz berührt den Rand der Apertura pyriformis; starke Excavation in der rechten Nasenhöhle. Der Compressor wurde verhältnissmässig leicht angelegt. Nach zwei Tagen verschob sich derselbe und musste herausgenommen werden. Die Verkrümmung des oberen Abschnittes ist nicht mehr so stark. Sechs Tage später wurde der grössere Compressor in leichter Chloroformnarcose leicht und tief angelegt. Die Schmerzen waren in den nächstfolgenden Tagen gering, so dass der Compressor acht Tage lang liegen blieb. Nach der Entfernung die gewöhnlichen Erscheinungen: Decubitus und Entzündung der Schleimhaut. Nach weiteren drei Tagen wurden die Elfenbeinplatten eingeführt. Vierzehn Tage später wurde Patient entlassen. Das Septum war noch etwas verbogen, aber die linke Nasenhöhle für In- und Exspiration vollständig frei. Die äussere Configuration der Nase bot keine wesentliche Veränderung.

III. Christoph B., 18 Jahre alt, 20. Juli 1883. P. ist im sechsten Lebensjahre auf die Nase gefallen, worauf eine starke Blutung und Verstopfung der rechten Nasenhöhle eintrat. Die Verstopfung blieb seitdem unverändert. Die Respiration durch die Nase war von da an gestört, besonders beim

*) Wiener medicinische Wochenschrift. Nr. 16. 1886.

Laufen und bei eingetretenem Schnupfen; ferner bestand Trockenheit im Halse.

Objectiv. Die Respiration durch die rechte Nasenhöhle ist unmöglich. Das Septum cartilagineum ist sehr stark kugelig nach rechts verbogen und berührt den Rand der Apertura pyriformis. Der Compressor wurde angelegt, wegen heftiger Schmerzen aber schon nach fünfundvierzig Stunden entfernt. Geringe Entzündungserscheinungen. Nach dem Verschwinden derselben erscheint die Prominenz abgeflacht, die entsprechende linksseitige Concavität ist weniger stark. Einlegen der Elfenbeinplatten. Nach drei Wochen wurde P. entlassen. Die rechte Nasenhöhle ist noch etwas verengt; die nasale Athmung geht aber gut vor sich; die früheren Beschwerden sind verschwunden.

IV. Theodor R., 19 Jahre alt, 22. Juli 1884. Beengung beim Athmen in Folge rechtsseitiger Verstopfung der Nase. Ursache unbekannt.

Objectiv. Starke Deviation der knorpeligen Scheidewand nach rechts. Linke Nasenhöhle frei. Einführung des Compressors. Entfernung desselben wegen heftiger Schmerzen nach 2 Tagen. Gewöhnliche Entzündungserscheinungen. Einlegen der Elfenbeinplatten. Nach 10 Tagen wurde P. auf Wunsch wesentlich gebessert entlassen.

V. Katharina S., 12 Jahr alt, 25 August 1885. Verstopfung der rechten Nasenhöhle angeblich erst seit einigen Wochen. Ursache unbekannt. Respiration durch die verstopfte Nasenhöhle unmöglich.

Objectiv. Winkelige Knickung des Septum cartilagineum kurz vor der Verbindung mit dem Septum fibrosum. Der freie Rand ist im linken Nasenloche nachweisbar. Der Vorsprung in der rechten Nasenhöhle reicht fast bis an die Muschel, ist hart, giebt aber bei der Compression nach. Links eine der Convexität der rechten Seite entsprechende Concavität. Am 26. August Anlegung des Compressors unter Cocaïnisirung. In der ersten Zeit nach Einführung des Compresssors starke Schmerzen in den Zähnen, aber gute Nasenrespiration. Am 29. August wurde der Compressor entfernt und vom 16. September ab wurden täglich die Elfenbeinplatten eingeführt und mehrere Stunden liegen gelassen. Am 20. September wurde eine Hypertrophie der linken unteren Muschel bemerkt, die zunahm, und am 24. zum ersten, am 26. zum zweiten Male geätzt wurde. Am 25. October war der Status folgender: die Convexität der rechten Seite der Scheidewand ist noch immer vorhanden, doch nicht mehr in dem Masse wie früher. Der untere Nasencanal ist für Luft vollständig durchgängig. Die Respiration ist beinahe normal. P. wurde 14 Tage später als vollständig geheilt entlassen. Die Respiration ist durch beide Nasenhöhlen normal; alle Beschwerden sind verschwunden.

Was die neue galvanocaustische Methode anlangt, die Professor Jurasz in den letzten Jahren anwendet, so eignet sich dieselbe besonders für die Fälle, in welchen der Vomer schräg nach oben und aussen gewachsen ist, und sein äusserer Rand die mit ihm verwachsene knorpelige Nasenscheidewand etwas überragt. Hierbei entspricht die Vertiefung auf der einen Seite gewöhnlich nicht dem Grade der Prominenz auf der anderen; sie ist nämlich flacher als man erwarten sollte. Infolge dessen setzt man sich bei der Operation nicht leicht der Gefahr aus, einen Defect im Septum zu erzeugen. Das Verfahren ist nun folgendes. Nach vorheriger Cocaïnisirung durchtrennt man mit einem Flachbrenner die Prominenz etwas vom Rande derselben entfernt und parallel zur Scheidewand. Ist die Prominenz sehr dick, so operirt man am besten in mehreren Sitzungen. Sollten Synechien vorhanden sein, welche in diesen Fällen nicht zu den Seltenheiten gehören, so werden diese vorher durchtrennt. Die an der Basis mit dem Flachbrenner getrennte Hervorragung wird necrotisch und stösst sich ab. Dann wird auch die entsprechende Muschel mittelst Galvanocaustik etwas abgeflacht, worauf zuerst Wattetampons und später die oben beschriebenen Elfenbeinplatten eingeführt werden, um dauernd die Nasenhöhle frei zu erhalten. Folgende Fälle mögen das Verfahren illustriren und die Erfolge documentiren.

I. Ludwig G., 16 Jahre alt, 22. October 1884. Patient litt viel an intensivem Kopfweh, Ohrensausen und zuweilen an Ohrenschmerzen; Nachts unruhige Träume; weinerliche Stimmung; verschiedene andere Zeichen von Neurasthenie.

Objectiv. Sehr starke Verengerung der rechten Nasenhöhle, starker Vorsprung des Vomer und der angrenzenden Theile des knorpeligen Septum nach rechts. Die fast winkelige Verkrümmung ist mit der unteren Muschel verwachsen.

Die Therapie bestand in galvanocaustischer Trennung der Synechie, galvanocaustischer Durchschneidung der Prominenz etwas vom Rande entfernt und Abflachung der unteren Muschel mit nachheriger Einführung anfangs von Wattentampons, später von Elfenbeinplatten. Nach vier Wochen wurde Patient wesentlich gebessert entlassen. Stellte sich aber dann wieder im December, wo die galvanocaustische Behandlung in der oben angegebenen Weise während zwei bis drei Wochen fortgesetzt wurde. Patient wurde dann definitiv entlassen. Die nasale Respiration ging ungehindert von statten; alle nervösen Erscheinungen waren verschwunden.

II. H., Stabsarzt, April 1884. Patient litt längere Zeit an einer Stenose der linken Nasenhöhle. Mit derselben standen in Verbindung häufige und hochgradige Respirationsstörungen, asthmaähnliche Anfälle, starkes Kopfweh, nächtliche Unruhe.

Objectiv liess sich in der linken Nasenhöhle ein harter, conischer Tumor nachweisen, welcher breitbasig von dem unteren Abschnitte des Septum abging und mit der Spitze ziemlich tief in die untere Muschel hineinragte; eine Synechie bestand nicht. Der linke untere Nasengang war durch diesen Tumor so stark verengt, dass die Respiration durch die linke Nasenhöhle nur in sehr beschränktem Masse möglich war. Bei genauerer Untersuchung ergab es sich, dass der Tumor zum grossen Theile dem Vomer angehörte, der an dieser Stelle nicht in der Medianlinie, sondern schief nach oben links stand.

Die Therapie bestand darin, dass in einer Reihe von Sitzungen mit zwei- bis dreitägigen Intervallen ein messerartiger Galvanocauter an der Basis des Tumors angelegt und glühend in sagittaler Richtung vorgeschoben wurde. Diese Procedur ertrug der Patient ohne irgend welche allgemeine oder locale Anästhesie. Nach etwa vierzehn Tagen war die Abtragung der Prominenz an der Basis bis auf eine kleine restirende Brücke vollendet, als Patient für vier Wochen von seiner Behörde abberufen wurde, und desshalb die Behandlung unterbrechen musste. Nach seiner Rückkehr gab er an, dass er sich ganz wohl fühle, und dass namentlich die Athemstörungen und die Kopfschmerzen verschwunden seien.

Objectiv war der Befund insofern überraschend, als von dem früheren Tumor nicht die Spur zu finden war. Offenbar hatte sich derselbe, ohne dass Patient etwas davon merkte, nekrotisch abgestossen.

Endlich die andere neue hier zn erwähnende Methode ist die systematische Anwendung von trockenen Wattetampons, welche täglich in die verengerte resp. verlegte Nasenhöhle eingeführt und 8—10 Stunden lang liegen gelassen werden. Diese Methode kommt nur in Anwendung, wenn die Verbiegung des Septum traumatischen Ursprungs ist und erst kurze Zeit bestanden hat. Der Druck, den der Tampon ausübt, reicht meistens aus, um die Stellung des Septum zu corrigiren und die Deformität zn verbessern. Wenn auch das Verfahren im Anfange wegen der bestehenden Schleimhautschwellung für die Patienten etwas schmerzhaft ist, so gewöhnen sie sich mit dem Nachlassen der Schwellung doch daran, so dass das Einführen des Tampons nur mehr eine kleine Unbequemlichkeit ist. Veranlassung zur Erprobung

dieses Verfahrens gaben folgende zwei Fälle von frischer traumatischer Verbiegung des Septum. Gleich hier will ich aber bemerken, dass der Erfolg im zweiten Falle nicht so günstig war wie im ersten, so dass später noch der Compressor angelegt werden musste. Möglicherweise war hier die Verkrümmung zu hochgradig, als dass die Tampons allein zum vollständigen Erfolg hätten ausreichen können.

I. Hermann N., 30 Jahre alt, Juwelier, 7. Mai 1885. Patient will früher nie etwas an seiner Nase gehabt haben, gibt aber an, vielleicht nur aus Gewohnheit, stets mit offenem Munde zu schlafen. Vor 26 Tagen ist derselbe mit der Nase auf einen spitzen Stein gefallen, worauf eine starke Blutung aus dem rechten Nasenloche erfolgte, aus dem linken dagegen nicht. Zugleich bemerkte Patient eine vollständige Verstopfung beider Nasenhöhlen, indem besonders rechts eine starke Geschwulst auftrat. Patient kühlte fleissig mit kaltem Wasser und nach etwa 8 Tagen wurde die linke Nasenhöhle wieder für Luft etwas durchgängig. Da die Beschwsrden in der Folge nicht schwanden, so stellte sich Patient der hiesigen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten.

Am 7. Mai war der Status folgender: Allgemeinbefinden gut, Schlaf ruhig ohne nächtliche Athembeklemmungen. Die objective Untersuchung ergab folgendes: Das Septum ist stark nach rechts verbogen und zwar in dem vorderen und mittleren Abschnitte der knorpeligen Portion desselben. Druck auf die Nasenbeine empfindlich, besonders rechts. An den Knochen selbst ist keine Verschiebung wahrzunehmen, auch äusserlich an der Haut nichts nachzuweisen. An der verbogenen, in die rechte Nasenöffnung hineinragenden Stelle des Septum sieht man eine längliche, ziemlich grosse excoriirte Stelle, die mit einer dünnen Kruste bedeckt ist. Die Respiration durch die rechte Nasenhöhle ist unmöglich. In der linken Nasenhöhle findet sich eine der rechtsseitigen Convexität entsprechende Concavität des Septum, welche theilweise durch eine kirschkerngrosse, prall sich anfühlende Geschwulst ausgefüllt ist; letztere fluctuirt ziemlich deutlich. Die linke Nasenhöhle ist sonst ziemlich weit und für die Luft durchgängig. Bei der Rhinoscopia posterior finden sich in den Choanen ziemlich grosse, graue Wülste, welche vom Septum ausgehend in den unteren Abschnitten bis beinahe an die untere Muschel reichen. Kehlkopf und Rachen sind normal.

Die Therapie bestand im täglichen Einführen von trockenen Wattetampons in die rechte Nasenhöhle, die gegen 10 Stunden liegen gelassen und vom Patienten selbst entfernt wurden. Der Tampon wurde am ersten Tage nur mit grossen Schwierigkeiten und unter lebhaften Schmerzensäusserungen von Seiten des Patienten eingeführt. Nach jeder Einführung klagte derselbe in den ersten Tagen über heftige Zahn- und Kopfschmerzen. Nach sechs Tagen gab Patient an, dass er schon bedeutende Besserung verspüre. Die oben erwähnte Ulceration heilte am dritten Tage bei Anwendung von Ungt. Hydrarg. praecipitat. rubr. Die Respiration durch die rechte Nasenhöhle stellte sich langsam wieder her.

Am 17. Mai war der Status folgender: Rechte Nasenhöhle noch stenosirt, aber bei In- und Exspiration für Luft durchgängig. Bei der Inspection der rechten Nasenhöhle findet man den Scheidewandknorpel gleichmässig nach rechts verbogen, so dass nur in dem unteren Abschnitte ein freier Canal zu sehen ist. An einer Stelle des verbogenen Septum, mehr nach der Tiefe zu, befindet sich eine excoriirte Stelle; auch erscheint die Schleimhaut geröthet und geschwollen. Beides sind Folgen der Tamponade. Auf der linken Seite findet man eine flache Excavation des Septum und etwas succulente Schleimhaut; von der früheren Geschwulst ist nichts zu finden. Diese Nasenhöhle ist vollständig für Luft durchgängig. Bei der Rhinoscopia posterior finden sich polypenähnliche Wülste, welche an den Choanen sitzen und die unteren Muscheln berühren; dies ist besonders stark auf der rechten Seite ausgesprochen.

Die Therapie blieb bis zum 12. Juni dieselbe. Der Status war an diesem Tage folgender: Bei der Inspection der rechten Nasenhöhle findet man den Scheidewandknorpel noch etwas nach rechts verbogen; doch ist ein genügend weiter Canal zum Durchtritte der Luft vorhanden, sodass In- und Exspiration vollständig normal sind. Die Schleimhaut ist noch etwas geröthet, auch ist die oben erwähnte kleine Excoriation am Septum noch vorhanden. In der linken Nasenhöhle ist eine flache Excavation des Septum entsprechend der Prominenz rechts. Die Schleimhaut ist normal, ebenso In- und Exspiration. Irgend welche Beschwerden beim Athmen sind nicht mehr vorhanden. Patient wurde daher am 12. Juni als vollständig geheilt entlassen, zeigte sich aber noch vier Wochen lang wöchentlich einmal, damit man nachsehen konnte, ob nach Einstellung der Tamponade das knorpelige Septum nicht wieder in seine frühere Lage zurückweiche. Der Erfolg war ein bleibender.

II. Willy E., 6 Jahre alt, 11. Juni 1885. Patient ist Anfang Mai a. c. auf die Nase gefallen, worauf eine starke Blutung erfolgte. Seitdem Verstopfung der linken Nasenhöhle. Respiration nicht behindert, Schlaf ruhig, Stimme stark nasal.

Objectiv. Sehr starke Verbiegung des knorpeligen Septum nach links in Gestalt eines Tumors, der sich an die Seitenwand der Nase anlegt und dieselbe vollständig verstopft.

Therapie. Vom 16.—27. Juni wurden täglich Wattetampons eingeführt, mussten aber wegen auftretender Ulceration ausgesetzt werden. Am 10. Juli war die Ulceration verheilt. Patient konnte durch die linke Nasenhöhle, wenn auch mit Schwierigkeit etwas Luft ein- und ausathmen. Während der nachfolgenden acht Tage wurde die Einführung der Tampons fortgesetzt, aber wieder nach Eintritt von Ulcerationen am 18. Juli eingestellt. Auch diesmal war die Verbiegung etwas verbessert. Dann wurden die Tampons wieder vom 4. bis 14. August täglich einmal eingeführt, jedoch mit geringem Erfolg. Da die Eltern mit der Vornahme einer Operation einverstanden waren, so wurde am 8. September der oben schon beschriebene Compressor nach vorheriger Cocaïnisirung der Nasenschleimhaut ohne Mühe eingeführt und blieb 3 Tage lang liegen, ohne dem Patienten besonders grosse Schmerzen zu bereiten. Patient wurde darauf nach Hause entlassen mit der Weisung, zur weiteren Behandlung die gleichfalls oben beschriebenen Elfenbeinplatten anzuwenden. Der weitere Effect der Behandlung ist zur Zeit noch nicht bekannt.

Die königliche Universitätsfrauenklinik in München und deren Erlebnisse vom I. Mai 1884 bis 30 April 1886.

Von *F. Winckel.*

Als am 1. Mai 1884 die Münchener städtische Gebäranstalt in den Besitz des Staates übergegangen war, handelte es sich vor Allem darum, sie durch Einfügung einer Abtheilung für kranke Frauen zu einer vollständigen gynäkologischen Klinik zu erweitern. Bei der für die Zahl der Studirenden nicht mehr ausreichenden Grösse des Hörsaales musste ausserdem für einen grossen klinischen Unterrichts- und Operationssaal baldmöglichst gesorgt werden. Dieser letzteren, besonders dringenden Anforderung, wurde dadurch entsprochen, dass durch Wegnahme einer Wand zwischen zwei in der nördlichen Hälfte nach hinten gelegenen Krankensälen und Einfügung eines dritten Fensters, zwischen den beiden vorhandenen, ein Raum geschaffen wurde, der so gross ist, dass 150 Zuhörer auf Subsellien und 50—60 auf Stühlen untergebracht werden können, ohne den Unterricht zu hindern. Sowohl in Bezug auf seine Grösse, als Beleuchtung, Beheizung und Acustik, wie als Operationssaal, hat sich dieser Raum bisher trefflich bewährt.

Demnächst musste für eine Wasserleitung und zwar mit kaltem und warmem Wasser gesorgt werden, theils für die Gebärsäle, den Operationssaal, den kleineren Hörsaal und die Präparatensammlung, ferner für die Gänge und Badestuben, theils endlich zur Einrichtung von Waterclosets. Zur Speisung der Waterclosets wurde das Wasser des der Anstalt gehörigen Brunnens, für alle übrigen Theile des Hauses aber, incl. die 4 auf den Gängen angebrachten Hydranten, wurde das Wasser der neuen städtischen Leitung benutzt.

Um den Zutritt ambulanter Kranken ohne Belästigung der übrigen Pfleglinge und anderer Räume des Hauses zu ermöglichen, wurde der der Treppe gegenüber gelegene Raum durch eine Glaswand in zwei ungleiche Hälften getheilt; die vordere, kleinere wurde in ein Wartezimmer, die grössere in ein Krankenuntersuchungszimmmer (in welchem in späteren Stunden auch der Hebeammenunterricht ertheilt wird), umgewandelt und so ein Ambulatorium für die gynäkologische Poliklinik geschaffen.

Als eine sehr nothwendige Verbesserung, für die Verpflegung der Wöchnerinnen und Kranken, zur Erleichterung der Wärterinnen, besonders aber auch zur Beförderung der Ventilation erschien uns die Anlegung von Flügelthüren zwischen den meisten der bisher völlig von einander getrennten Räume. Leider konnten nicht alle diese Thüren genau in der Mitte der Trennungswände angelegt werden, weil hier Canäle aus den unteren Räumen durchgingen, die sich nicht verlegen liessen. In der zahlenden Gebärabtheilung blieb ein isolirtes Privatzimmer für zahlende Kreissende II. Classe.

Sehr defect waren überall die Böden und eine gründliche Aufbesserung verlangten besonders die Gebärsäle. Nachdem in alle Räume des Hauses das bisher nur auf den Gängen und in beiden Unterrichtssälen befindliche Gas eingeleitet war, nachdem der neue klinische Saal an den Wänden ganz geölt und sein Fussboden parquettirt worden war, wurden je ein Gebärsaal der unentgeltlichen und der zahlenden Abtheilung, ebenfalls an allen Wänden und an der Decke mit Oelfarbe gestrichen und der Fussboden mit Riemenparquet belegt, so dass jetzt ihre ganze Innenfläche jederzeit auf das Gründlichste abgeseift und desinficirt werden kann.

Der neben diesen Entbindungsräumen befindliche Saal wurde zum Aufenthalt der Studirenden bestimmt.

Während in dieser Weise zunächst die Gebäudeeinrichtungen den Anforderungen der Neuzeit entsprechend adaptirt wurden, mussten wir auch Bedacht auf Vermehrung des ärztlichen und des pflegenden Personals nehmen. Zu den bisher im Hause wohnenden zwei Assistenzärzten wurde ein dritter und vierter mit Wohnung im Hause versehen. Der erste war und blieb für die städtische Poliklinik bestimmt, der zweite für die geburtshülfliche, der dritte wurde für die gynäkologisch-stationäre Abtheilung und für das Ambulatorium, der vierte endlich für Anfertigung mikroskopischer Präparate und Instandhaltung der Präparatensammlung angestellt. Zu gleicher Zeit wurde die Einrichtung getroffen, dass die Wohnungen der Assistenten nicht mehr im Entresol allein sich befanden, sondern in jeder Etage und zwar im Centrum des Gebäudes wurden je 1—2 Zimmer für Aerzte eingerichtet. Das bisherige im Entresol gelegene Zimmer des Directors wurde mit zur Sammlung verwendet und als Arbeitszimmer für den mikroskopischen Assistenten verwendet und das Directorium in den ersten Stock verlegt.

Um ferner auch denjenigen Aerzten, welche nach absolvirter Staatsprüfung den Wunsch hegten, sich in der Gynäkologie noch weiter auszubilden, hiezu eine Gelegenheit zu bieten, wurde das Internat, die Aufnahme von Volontärärzten genau in derselben Weise, wie sich uns dieselbe in Dresden seit einem Jahrzehnt bewährt hatte und mit Benutzung derselben Instructionen, welche im III. Bande meiner Berichte und Studien aus Dresden publicirt sind, möglich gemacht. Es wurden zu Wohnungen derselben 6 Zimmer im Entresol verwendet, welche bisher als Separatzimmer für Kranke in Gebrauch gewesen waren. Dass diese Einrichtung Beifall fand, erhellt aus dem Umstande, dass immer alle 6 Plätze besetzt waren und augenblicklich noch 5 auf ihren Eintritt warten; dass die Zahl der In- und Ausländer, welche in der kurzen Zeit schon als Volontärärzte thätig gewesen sind, eine nicht unbeträchtliche ist (24), der Aufenthalt der einzelnen zum Theil recht lange (bis 298 Tage) gedauert hat und dass sich manche dieser Herren neben ihren gewöhnlichen Aufgaben, gern und mit Erfolg an der Bearbeitung wissenschaftlicher Themata betheiligt haben. Nach ihrem Vaterlande waren 3 derselben Bayern, 5 Preussen, 11 Amerikaner, je 1 Badenser, Hamburger, Hesse, Württemberger und 1 Grieche. Ausserdem war im Entresol noch ein Raum disponibel, welcher sich zur Unterbringung dreier Coassistenten verwenden liess, so dass jetzt 10 approbirte Aerzte und 3 Coassistenten neben dem Director in der Klinik thätig sind und jeder Assistent und Coassistent, mit Ausnahme des ersten, in einem bestimmten Turnus alle Stationen der Klinik (Schwangere, Kreissende, Wöchnerinnen, neugeborene Kinder, kranke Frauen und Ambulatorium) durchzumachen Gelegenheit hat. Assistenten, Volontärärzte und Coassistenten haben natürlich Zutritt zu allen Vorlesungen und Cursen des Directors; der erste Assistent, zugleich Hebammenlehrer, ist selbst Docent, hält eine propädeutische Klinik und ausserdem Curse und Vorlesungen in der Klinik selbst ab.

Nachdem so für genügende ärztliche Hülfe gesorgt, auch das Wartepersonal entsprechend vermehrt worden war, wurde die neue Abtheilung für kranke Frauen, dem klinischen Hörsaal gegenüber in 3 Sälen zu je 6, im Ganzen 18 Betten errichtet. Die Lage dieser Säle erschien wegen ihrer Ruhe am passendsten, denn der Lärm der Gebärsäle dringt nicht zu ihnen und der Transport der Kranken in und aus dem Operationssaal ist der kürzeste. Für die Aufnahme der Kranken wurden an Stelle der alten schweren Holzbetten, neue starke auf Gummirollen leicht verschiebliche eiserne Betten mit Spiralfedern angeschafft, welche (zu einem Preise von 55 Mark) sich durchaus bewährt haben. Eine 3theilige Matratze, bedeckt mit Leinen und Gummiunterlage, wird auf dieselben gelegt und eine mit Leinewand überzogene wollene Decke als Deckbett benuzt; am Kopfende ist eine Metalltafel und Haken für Handtuch und Wäsche. Selbst Kranke der besseren Stände haben wiederholt die Vorzüglichkeit dieser Betten gepriesen.

Die nun noch übrigen fünf grossen Säle, über dieser gynaekologischen Abtheilung für arme Kranke und dem neuen klinischen Hörsaal gelegen, wurden zu einer Separatabtheilung I. Classe, speciell für Ovariotomien, Myomotomien und Privatkranke eingerichtet. Hier wurden etwas elegantere Eisenbetten mit spiraligen Drahtmatratzen eingesetzt.

Für beide gynaekologische Abtheilungen wurde aus Schenkungen eine kleine Bibliothek angelegt, eine Reihe von bequemen und verschieden stellbaren Lehnstühlen, ferner Schöberl's Patentfahrstuhl angeschafft und endlich die Nacktheit der Wände durch eine Reihe guter Kupferstiche verdeckt. In dieser Weise gelang es, den Aufenthalt in jenen Räumen für die Kranken demjenigen in Privatwohnungen etwas ähnlicher zu machen, die Oede und Langeweile der Krankensäle zu vermindern und den Verkehr der Kranken untereinander, ihren Aufenthalt ausser Bett und ihren Transport in die Klinik zu erleichtern und angenehmer zu machen.

Nachdem die Einrichtung der Räume besorgt worden, blieb unsere Hauptaufgabe die Einführung einer neuen Kostordnung für alle Pfleglinge der Klinik. Von der früher besten Kost (1/2) betrug der Gehalt an Eiweiss nur 11,1, an Fett nur 5,8 und an Kohlehydraten nur 48 g. Nach Obermedicinalrath v. Voit soll aber eine nicht arbeitende weibliche Person 85 Eiweiss, 30 Fett und 300 g Kohlehydrate bekommen und eine Wöchnerin, die ihr Kind stillen soll, ist mit einer solchen mindestens auf gleiche Stufe zu stellen. Wie aus dem hier folgenden Regulativ zu entnehmen ist, haben wir eine Kost für Kreissende, Wöchnerinnen und Schwangere entworfen, bei denen dieselben in zweckentsprechender Weise ernährt werden.

Kostordnung für die Pfleglinge der k. Universitäts-Frauenklinik.

Kost I. 30 Pfennige.

(Für Kreissende und Wöchnerinnen am 1. Tage.)

Morgens: 1/4 Liter Milch.
Mittags: 1/4 Liter leere Fleischsuppe mit gebähten Schnitten
Abends: Ebenso.
(Nährwerth: 11,3 Eiweiss, 13,3 Fett, 12,3 Kohlehydrate.)

Kost II. 42 Pfennige.

(Für Wöchnerinnen am 2. und 3. Tage.)

Morgens: 1/4 Liter Milch mit 1 Semmel.

Mittags: Fleischsuppe (nach dem Wochenspeisezettel) 1/4 Liter, 1 Ei, 1 Semmel.
Abends: 1/4 Liter Suppe wie Mittags, 1 Semmel.
(Nährwerth: 29 Eiweiss, 19 Fett, 78 Kohlehydrate.)

Kost III. 55 Pfennige.
(Für Wöchnerinnen am 4. incl. 6. Tage des Wochenbettes.)

Morgens: 1/4 Liter Milch mit 1 Semmel oder 1/4 Liter Café mit 1 Semmel und 15 Gramm Zucker.
Mittags: 1/4 Liter Fleischsuppe (nach Wochenspeisezettel), 100 Gramm Kalbfleisch, gesotten, gebraten oder eingemacht, je nach dem Wochenspeisezettel (oder Milchspeise), 1 Brod (Semmel).
Abends: 1/4 Liter Suppe, dazu 1 Semmel.
(Nährwerth: 52 Eiweiss, 25 Fett, 111 Kohlehydrate.)

Kost IVa. 95 Pfennige.
(Für Wöchnerinnen vom 7. Tage an.)

Morgens: 1/4 Liter Milch mit 1 Semmel oder 1/4 Liter Café mit 1 Brod und 15 Gramm Zucker.
Mittags: 1/4 Liter Suppe, 100 Gramm Rindfleisch, gesotten und beinlos, 1/4 Liter Gemüse (je nach Wochenspeisezettel), 1 Semmel, 1/4 Liter Bier.
Abends: Suppe, 70 Gramm Kalbfleisch (gesotten und beinlos), Zubereitung je nach Wochenspeisezettel (oder Milchspeise), 1 Semmel, 1/4 Liter Bier.
(Nährwerth: 69 Eiweiss, 25 Fett, 150-170 Kohlehydrate.)

Kost IVb. 110 Pfennige.
(Für Schwangere.)

Morgens: 1/4 Milch mit 1 Semmel.
Mittags: 1/4 Liter Suppe, 150 Gramm Rindfleisch (gesotten und beinlos), 1/4 Liter Gemüse (statt dessen kann Mehlspeise verordnet werden), 1/4 Liter Bier.
Abends: 1/4 Liter Suppe, 100 Gramm Rindfleisch (gesottenes und beinlos) oder Mehlspeise, 1/4 Liter Bier.
(Nährwerth: 90 Eiweiss, 27 Fett, 200 Kohlehydrate.)

Kost V.
(Für Separatkranke.)

Wird je nach Massgabe des Falles nach Auswahl zusammengestellt.

Der Preis für die einzelnen Kostsätze musste gegen früher zum Theil auf den doppelten Satz erhöht werden. Ueber Hunger hören wir seit Einführung dieser Kost unsere Pfleglinge nicht mehr klagen; es bekommt ihnen, namentlich auch den Wöchnerinnen, diese Ernährungsweise gut und die Verordnung von Extraspeisen, zu der wir früher alltäglich schreiten mussten, ist jetzt immer seltener. Besondere Wägungen unserer Kranken und der Wöchnerinnen werden schon längere Zeit von uns vorgenommen, und sollen deren Resultate mit Rücksicht auf diese Kost später veröffentlicht werden.

Dass die Einrichtung einer Abtheilung für arme sexualkranke Frauen einem Bedürfniss entsprach, zeigte ihr Erfolg; denn der Zugang, namentlich von operativen Fällen, wurde von Monat zu Monat grösser; in den beiden ersten Jahren wurden allein 160 Operationen an 219 Kranken derselben ausgeführt und nicht selten waren alle Betten besetzt, sodass wir Hülfesuchende zunächst auf spätere Aufnahme vertrösten mussten.

Für die genaue Untersuchung und den leichteren Transport der Kranken innerhalb des Hauses waren nun noch eine Reihe von Neuanschaffungen nothwendig, welche, nachdem ein für alle Operationen an den weiblichen Sexualorganen ausreichendes Instrumentarium neu angelegt worden, ebenfalls nach und nach erledigt wurden; dahin gehörten: 1) Ein Untersuchungsstuhl resp. Operationsstuhl aus Eisen nach Jahnle. 2) Drei auf Rädern leicht verschiebliche Lederpolsterbetten zur Exploration von Kranken und Schwangeren, wie sie von Olshausen in Aufnahme gebracht worden sind. 3) Der Krankenhebe- und Verbandapparat von Beck und Haase. 4) Ein grosser Krankenrollwagen mit Tragbahre. 5) Ein grosses Zeiss'sches Mikroskop mit Immersion und alle Einrichtungen für feinere mikroskopische Untersuchungen.

Zur vollständigen Ausnützung des Materials wurde den Studirenden gestattet, auch bei den Geburten auf der zahlenden Abtheilung zugegen zu sein. Die Journale der einzelnen Abtheilungen wurden vollständig von einander getrennt, um die Journalführenden von einander unabhängig zu machen. In den Hör- Operations- und Gebärsälen wurden an den Wänden theils die Wandtafeln von Schultze und Fritsch, theils vergrösserte Abbildungen aus dem Werke von Schultze über Lageveränderungen, theils die Tafeln und Lichtdrucke des Verfassers und aus dem Atlas von Braune angebracht, um auch in den akademischen Viertelstunden jederzeit dem Anschauungsunterrichte zu dienen.

Eine neue Sammlung von Präparaten anomaler weiblicher Sexualorgane wurde begonnen; ihr wurde die von Dresden mitgebrachte Privatsammlung des Verfassers incorporirt.

Durch die Einrichtung einer gynäkologischen Ambulanz im Hause, welche 4—5 mal wöchentlich unmittelbar vor der Klinik, Vormittags 9—10 Uhr von den Assistenten abgehalten wird, wurde jederzeit für eine genügende Zufuhr neuer Fälle von Sexualerkrankungen für die Klinik gesorgt. Giebt dieses Ambulatorium den Assistenten und Volontärärzten vielfach Gelegenheit, sich in der Stellung von Diagnosen zu üben, die später von dem Dirigenten controlirt werden, so ist endlich durch die Gründung einer gynäkologischen Gesellschaft, welche seit October 1884 ihre Sitzungen im klinischen Hörsaale abhält, den Assistenten Gelegenheit gegeben, ihre Beobachtungen zu Vorträgen zu verwerthen und mit einer Reihe von Gynäkologen unserer Stadt in collegialen und wissenschaftlichen Verkehr zu treten.

(Fortsetzung folgt.)

T. R. Lewis.

(Nekrolog, verlesen im ärztlichen Verein zu München.)

Dr. Timotheus Robert Lewis, Oberstabsarzt (Surgeon-Major) und Professor der Pathologie an der Army-Medical-School in Netley, correspondirendes auswärtiges Mitglied unseres Vereines ist am 7. Mai d. J. einer Lungenentzündung im Alter von kaum 40 Jahren erlegen. Er war von 1868 bis 1881 Specialassistent des Sanitary Commissioner der indischen Regierung, James Cuningham, für wissenschaftliche Untersuchungen in Calcutta und hat sich durch eine Reihe wichtiger mikroskopischer und epidemiologischer Arbeiten ausgezeichnet. Es seien nur seine in den Jahresberichten des Sanitary Commissioner with the Government of India mitgetheilten Untersuchungen über Blasenwürmer im Rind- und Schweinefleisch in Indien, über ein Hämatozoon im menschlichen Blute und seine Beziehung zu Chylurie und anderen Krankheiten (1871), über Filaria sanguinis hominis, über die der Opiumsaat gefährlichen Pilze (1873), über die mikroskopischen Organismen im Blute des Menschen und der Thiere (1877), über die Kost der arbeitenden Gefangenen in Indien (1880) und sein Bericht über den Choleraausbruch 1881 zu Aden erwähnt. Gemeinschaftlich mit Dr. Douglas Cunningham, der gleichzeitig mit ihm nach Indien ging, und der dort jetzt Professor der Physiologie an der medicinischen Facultät in Calcutta ist, bearbeitete er die Schwammkrankheit (Fungus Disease), und das Delhi-Geschwür (Oriental Sore) und die Lepra, ferner die Cholera in Beziehung zum Boden und zu physikalischen Vorgängen in ihm, und nahm hervorragenden Antheil an der Feststellung vieler wichtiger epidemiologischer Thatsachen.

1882 aus Indien heimgekehrt, lehrte er an der Army Medical School, aus welcher er erst vor 15 Jahren selber mit Auszeichnung hervorgegangen war, gemeinschaftlich mit seinem Lehrer Professor Dr. Aitkin, Pathologie und leitete namentlich die mikroskopischen Uebungen.

Wer Lewis und seine Arbeiten kennen lernte, liebte und verehrte ihn. Welches Ansehen und Vertrauen er trotz seiner Jugend genoss, kann daraus abgenommen werden, dass die indische Regierung ihn im verflossenen Jahre als ihren Delegirten zur internationalen Sanitätsconferenz nach Rom schickte und fungirte er auch als Secretär der englisch-indischen Cholera-

conferenz im August 1885 zu London. Wenige Wochen vor seinem unerwarteten Tode wählte ihn die Royal Society in London zum Mitgliede, was eine für einen englischen Arzt seltene Auszeichnung ist.

Lewis hinterlässt eine junge Wittwe und drei Kinder.

Professor Dr. de Chaumont in Netley, der einem hiesigen Mitgliede unseres Vereines vorgestern den Tod unseres auswärtigen Mitgliedes mitgetheilt hat, bemerkt dazu: „Was das für uns Alle ein Verlust sowohl eines Freundes als auch eines Amtsbruders von grösster Auszeichnung ist, kann ich gar nicht beschreiben“, und so fühlt auch unser Verein mit den englischen Collegen das innigste Beileid.

Feuilleton.

Die Freigabe der ärztlichen Praxis in Bayern und ihre Folgen.

Eine statistische Studie von Dr. *Fried. Böhm*, prakt. Arzt in Niederwerrn.

II.

Wir haben im ersten Theile den Nachweis geliefert, dass in Folge Freigabe der ärztlichen Praxis die Zahl der praktischen Aerzte in Bayern im Verhältnisse zur Zunahme der Bevölkerung in fünf Regierungsbezirken bedeutend gestiegen ist, und nur in Niederbayern (0,1 Proc.) Oberpfalz (8,2 Proc.) und Mittelfranken (0,4 Proc.) letztere die der Aerzte um einige Procente übertrifft. Ferner haben wir constatirt, dass nur in Oberbayern und in der Pfalz die Wohnsitze der Aerzte (um 15 resp. 10) sich vermehrt, in den übrigen sechs Kreisen jedoch dieselben sich (im Ganzen um 47) vermindert haben.

Es erübrigt uns nun noch, der Frage näher zu treten, ob nicht vielleicht diese auffallende Zunahme der praktischen Aerzte im Zusammenhang stehe mit dem Aussterben der sogenannten Landärzte, Chirurgen und Bader älterer Ordnung, denen nach einem hohen Erlasse vom 10. Februar 1812, 25. Januar 1823 und 25. October 1836 eine gewisse Selbstständigkeit im Behandeln von Krankheiten eingeräumt war.

Um diese Frage erschöpfend beantworten zu können, wäre es vor allem nöthig, darüber Aufschluss zu erhalten, wie viele und an welchen Orten derartige Medicinalpersonen im Jahre 1865 ihren Wohnsitz hatten, hiemit wäre der Stand derselben vom Jahre 1885 zu vergleichen, und endlich noch die Frage zu ventiliren, ob am gegebenen Orte nach dem Tode des betreffenden Landarztes etc. ein Arzt an dessen Stelle getreten sei. Allein trotz angestrengter Recherche und bereitwilligem Entgegenkommen von Seite der Herren Kreismedicinalreferenten war es uns nicht möglich, das hiezu nöthige Material zu erhalten, da eben seit Freigabe der ärztlichen Praxis solche ausführliche Listen über das niederärztliche Personal nicht mehr vorliegen.

Wir haben jedoch Anhaltspunkte genug, welche den Zusammenhang des Steigens der Aerztezahl mit dem Aussterben von Landärzten, Chirurgen etc. zu negiren berechtigen.

Betrachten wir zu diesem Zwecke nachstehende Tabelle, welche uns Aufschluss gibt über die Fluctuation des niederärztlichen Personals in Bayern in den letzten zwanzig Jahren:

Es steht demnach der Abnahme von Landärzten, Chirurgen und Badern älterer Ordnung in der Zahl von 441 eine Zunahme der Bader neuerer Ordnung von 620 oder ein Plus von 179 gegenüber.

Wir dürfen nun nicht, wie dieses bei den „Aerzten“ geschah, diese Zunahme mit dem Wachsen der Bevölkerungszahl im Verhältnisse berechnen. — Denn während dort mit dem Anwachsen der Bevölkerung auch die Zahl der Krankheitsfälle steigt, erhöht sich die Beschäftigung der Bader nicht im gleichen Masse; — im Gegentheil hat sich die Aussicht auf Verdienst im Laufe der letzten Jahrzehnte für diese sehr ungünstig gestaltet, so dass es überhaupt Wunder nimmt, noch einer so hohen Zahl zu begegnen.

Kreis	Jahr	Landärzte, Chirurgen und Bader älter. Ord.	Summa der Abnahme dieser	Bader neuerer Ordnung	Summa der Zunahme dieser
Oberbayern	1865	122	.	235	.
	1885	26	—96	384	+149
Niederbayern	1865	85	.	172	.
	1885	25	—60	259	+87
Pfalz	1865	59	.	167	.
	1885	34	—25	246	+79
Oberpfalz	1865	105	.	151	.
	1885	15	—90	252	+101
Oberfranken	1865	86	.	101	.
	1885	20	—66	169	+68
Mittelfranken	1865	128	.	208	.
	1885	130	(+2)	262	+54
Unterfranken	1865	76	.	123	.
	1885	18	—58	172	+49
Schwaben	1865	51	.	243	.
	1885	5	—46	276	+33
			—441		+620

Denn ganz abgesehen davon, dass die männliche Bevölkerung in Folge des allgemein gewordenen Militärdienstes sich immer mehr daran gewöhnt hat, die Zierde des Mannes, den Bart, stehen zu lassen, ist auch die Gewohnheit sich in gesunden Tagen schröpfen oder zur Ader zu lassen, Dank den Bemühungen der Aerzte fast gänzlich abgekommen, und selbst bei entzündlichen Krankheiten erfüllt das Eis den Zweck in Fällen, in welchen man früher kaum der Hilfe des Baders entrathen zu können glaubte.

Da nun trotzdem eine Zunahme der Zahl von Badern neuerer Ordnung vorhanden, so kann nur diese durch das Absterben jener älterer Ordnung verursacht sein, und wir halten uns deshalb zu dem Schlusse berechtigt: Die Zunahme der Bader n. O. steigt in demselben Verhältniss, in welchem die Abnahme der Bader ä. O. eintritt; mit anderen Worten: an Stelle letzterer treten im Erledigungsfalle erstere.

Hiefür spricht auch der Umstand, dass in sechs Kreisen Bayerns die ärztlichen Wohnsitze ab- statt zugenommen haben, was doch gewiss nicht der Fall hätte sein können, wenn die freigewordenen Landarzt- oder Chirurgenstellen wieder von Aerzten occupirt worden wären.

Und selbst in den Fällen, in welchen wie z. B. in Oberbayern die Zahl der ärztlichen Wohnsitze um fünfzehn zugenommen hat, war Letzteres nicht auf das Ablösen von solchen Stellen durch Aerzte zurückzuführen, wie wir aus den Worten eines der berufensten Kenner der dortigen Verhältnisse, des Herrn Kreismedicinalrathes Dr. Vogel, zu schliessen uns berechtigt fühlen:

„Trotz des Anwachsens der Aerztezahl in Oberbayern könnte von einer gedrückten Lage derselben nicht geredet werden, wenn nur nicht ein so grosser Theil der Aerzte darauf bestehen wollte, in einer Stadt oder an einem grösseren Orte zu verbleiben; denn alle Plätze, welche Chirurgen oder Bader ä. O. inne hatten, seien gute Plätze zu nennen; allein meist kämen selbe in die Hände von Badern n. O., welche bei heimlicher Arzneiabgabe bald das Vertrauen des Publikums sich erwerben; die schönsten Plätze für Niederlassungen von Aerzten gingen auf diese Weise verloren, und das niederärztliche Personal und die Pfuscher pflegten zum Nachtheile der sanitären Verhältnisse und des ärztlichen Standes in die von den Aerzten offen gelassenen Lücken zu treten.“

Ebenso fehlt in der Oberpfalz, in welchem Kreise die Zahl der ärztlichen Wohnsitze seit Freigabe der Praxis sich um acht vermindert hat, dieser Ausgleich. Der dortige Kreismedicinalrath Herr Dr. Hofmann beklagt, „dass seit der Freigabe der Praxis das Publikum ärmerer Gegenden in der Oberpfalz sehr an Aerztemangel leide, der sich namentlich bei chirurgischen und noch mehr bei geburtshilflichen Fällen fühlbar mache,

während in wohlhabenden Orten sich die Aerzte unnöthige Concurrenz zu machen pflegten".

Wir glauben hiermit den indirecten Beweis für unsere Behauptung erbracht zu haben.

Ausserdem steht uns jedoch noch weiteres Material zur Verfügung, das die abnorme Zunahme der Aerzte in Bayern direct vor Augen führt. Auf Grund amtlicher, bei den drei Landesuniversitäten von uns erholter Nachweise studirten in dem Wintersemester 1864/65 insgesammt 585 Mediciner auf den bayerischen Hochschulen.

Winter-semester	Zahl sämmtlich. Medicin-studirende	Differenz	Zahl sämmtlich. Medicin-studirende	Differenz	Zahl sämmtlich. Medicin-studirende	Differenz	Gesammt-Summe	Gesammt-Differenz
	Erlangen		München		Würzburg			
1864/65	74	.	227	.	284	.	585	.
1884/85	200	+126	874	+647	774	+490	1848	+1263

Im Jahre 1884/85 ist diese Zahl auf 1848 gestiegen, so dass sich ein Plus von 1263 ergibt. Es hat sich demnach die Zahl im Jahre 1884/85 im Vergleiche zu der im Jahre 1864/65 um 216 Proc. erhöht.

Hievon waren Nichtbayern:

	Erlangen:	München:	Würzburg:		Summa:
W.S. 1864/65:	10	49	159	=	218
W.S. 1884/85:	89	413	602	=	1104

Die Zahl der nichtbayerischen Medicinstudirenden auf den drei bayerischen Universitäten hat demnach im Jahre 1884/85 im Vergleiche zum Jahre 1864/65 um 886 oder 406 Proc. zugenommen.

Die väterliche Fürsorge von Seite des Staates für Hebung der bayerischen Hochschulen könnte wohl kaum schöner beleuchtet werden, als durch obige Zahlen. Die stete Vergrösserung der medicinischen Institute, die durch freigebig gespendete Staatsbeiträge ermöglichte Vermehrung ihrer Attribute und das jeder einzelnen Disciplin unserer Wissenschaft geschenkte Wohlwollen in Bereitstellung von nöthigen Mitteln hat herrliche Früchte getragen, und mit Stolz können wir uns rühmen, dass unsere höchsten Bildungsstätten mit allen übrigen Universitäten des deutschen Reiches erfolgreich sich zu messen in der glücklichen Lage sind.

Ausser diesen 218 resp. 1104 nichtbayerischen Medicinstudirenden waren

	in Erlangen:	München:	Würzburg:		Summa
im W.S. 1864/65	64	178	125	=	367
W.S. 1884/85	111	461	172	=	744

bayerische Mediciner immatriculirt.

Die Zahl der bayerischen Medicinstudirenden ist demnach im Jahre 1884/85 im Vergleich zu 1864/65 um 377 oder 102,7 Proc. gestiegen, — während sie im Verhältnisse zur Zunahme der Bevölkerung blos um 54, also auf 421 oder um 14,7 Proc. hätte steigen sollen. Erwägen wir noch, dass doch auch auf ausserbayerischen Universitäten eine weitere Anzahl bayerischer Mediciner diesem Studium obliegt, so wird wohl kein Zweifel mehr darüber bestehen, dass die Zunahme der Aerzte in Bayern auf abnormer Basis in ungesunder Steigerung begriffen ist.

Hiezu gesellt sich nun noch eine weitere erwägenswerthe Thatsache:

Seit Einführung der Freizügigkeit sind nemlich die Arztstellen in Bayern nicht mehr ausschliessliche Domänen der bayerischen Aerzte, sondern auch andere deutsche Collegen haben das Recht, sich bei uns niederzulassen; und dass hievon in manchen Kreisen sogar ausgiebiger Gebrauch gemacht wird, bezeugen nachstehende Zahlen:

In den fünf Kreisen, über welche uns das Material zu Verfügung stand, prakticiren Aerzte in

Oberbayern	Oberpfalz	Mittelfranken	Pfalz	Unterfranken
512	107	229	175	240
davon sind Nichtbayern				
10 = 1,9 %	5 = 4,6 %	21 = 9,1 %	19 = 10,8 %	34 = 14 %

Nehmen wir nun an, dass die Zahl der im W.S. 1884/85 auf ausserbayerischen Hochschulen studirenden Bayern der Zahl der sich im Auslande niederlassenden bayerischen Aerzte entspricht und desshalb beide ausser Berechnung bleiben können, so ergibt sich nach obigen Zahlen für einzelne Provinzen, zu denen ganz besonders Unterfranken, Mittelfranken und die Pfalz zählt, ein Zuwachs von fremden Aerzten, die bei der bestehenden Ueberproduction erheblich mit in's Gewicht fallen muss.

Wir sind am Ende der uns gestellten Aufgabe angekommen. Wir haben gefunden, dass die Aussichten der Medicinstudirenden in Bayern für die Zukunft keine rosigen sein werden, und theilen ganz die Ansicht, wie selbe Herr Kreismedicinalrath Dr. Karsch in Speyer bei Behandlung des gleichen Themas für die Pfalz im Vereinsblatte der pfälzischen Aerzte zum Ausdrucke brachte: „Mögen auch die Verhältnisse vorläufig noch leidlich erscheinen, für die Zukunft geben sie zu ernsten Besorgnissen Veranlassung." Hierauf zur rechten Zeit aufmerksam zu machen und den Strom der Studirenden vielleicht in andere Bahnen zu leiten, soll der Zweck dieser Arbeit sein!

Referate und Bücher-Anzeigen.

Eugen Fränkel und M. Simmonds: Die aetiologische Bedeutung des Typhusbacillus. Untersuchungen aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. Mit 3 Farbentafeln. Hamburg und Leipzig. Voss. 1886. 69 S.

Zum stricten Beweise der aetiologischen Bedeutung der in den Organen Typhuskranker constant sich findenden, sogenannten Typhusbacillen fehlte bisher noch der positive Ausfall des Thierexperiments. Auch Gaffky, der zuerst in einer grösseren Zahl von Fällen die Typhusbacillen rein cultivirte und damit Infectionsversuche bei verschiedenen Thierspecies anstellte, gelangte in dieser Beziehung nur zu negativen Resultaten. Die Verff. haben nun gelegentlich einer im Sommer und Herbst vorigen Jahres in Hamburg aufgetretenen stärkeren Typhusepidemie sich mit der experimentellen Bearbeitung dieser Aufgabe beschäftigt und haben dabei sehr bemerkenswerthe Ergebnisse erlangt. Das Material zu den Untersuchungen lieferten 29 Sectionsfälle von Typhus abdominalis, zumeist von frischen Erkrankungen herrührend, bei denen die localen Veränderungen am Darm in der Regel keine sehr extensiven waren. Mit wenigen Ausnahmen hatten die betreffenden Kranken nicht an Complicationen oder secundären Erkrankungen gelitten, sondern der Tod war einfach durch die Intensität der Infection erfolgt. Die Section geschah 8—36 h. p. m. Von diesen 29 Fällen wurden nun in 25 zunächst mittels des Plattenculturverfahrens in der Milz die Typhusbacillen in Reinculturen nachgewiesen, während in 4 Fällen die Platten steril blieben. Die Verff. erklären dies vollkommen einleuchtend damit, dass es sich in diesen Fällen um Individuen handelte, bei denen der typhöse Process bereits als abgelaufen zu betrachten war, und die an secundären Processen erlagen. Uebrigens scheint dieses alsbaldige Verschwinden der Typhusbacillen aus dem Körper eines an secundären Processen Leidenden nicht allgemeine Regel zu sein. Die Verff. selbst erwähnen einen Fall, wo durch das Plattenverfahren, trotzdem die typhösen Geschwüre schon vollständig gereinigt, ja zum Theil bereits vernarbt waren, sich doch noch reichliche Typhusbacillen in der Milz nachweisen liessen. Und Ref. hat vor einem Jahre einen Fall von secundärem Psoasabscess nach überstandenem Typhus untersucht, wo neben den Eitercoccen noch $1\frac{1}{2}$ Monate nach Beendigung des Typhus unzweifelhafte Typhusbacillen mit dem Eiter zu Tage kamen und durch das Plattenculturverfahren nachgewiesen werden konnten. Es eröffnen diese Erfahrungen, wie die Verff. mit Recht hervorheben, ein Verständniss für die in späteren Stadien des Typhus bisweilen auftretenden Recidive; noch

mehr müssen sie allerdings nach Ansicht des Ref. dem denkenden Pathologen die Frage vorlegen, wesshalb denn, trotz Vorhandenseins grösserer Mengen von Typhusbacillen im Körper der typhöse Process überhaupt seinen Abschluss zu finden vermag?

Während die biologischen Eigenschaften der aufgefundenen Typhusbacillen und deren Form und Grösse bei directer Untersuchung der typhösen Organe völlig übereinstimmend mit den Angaben von Eberth, Koch und Gaffky gefunden wurden, verwunderten sich die Verff. sehr „über den grossen Wechsel in Form und Grösse" der Typhusbacillen bei Anwendung des Culturverfahrens. Es erklärt sich dies nur aus der einseitigen Bekanntschaft der Verff. mit den Lehren der Koch'schen Schule, die allerdings die Theorie der Formconstanz von jeher auf ihre Fahne geschrieben hatte. Eine sichere Diagnose lässt sich eben nur durch Berücksichtigung des Gesammtverhaltens, namentlich der biologischen Eigenschaften und Wachsthumsverhältnisse gewinnen. Die blosse mikroskopische Charakterisirung, die manche früher für durchführbar und entscheidend hielten, ist evident unmöglich. Für die Typhusbacillen fanden auch die Verff. das Verhalten bei Cultur auf Kartoffeln als besonders werthvoll zur Erkennung.

Von hohem Interesse sind ferner die von den Verff. gelieferten Belege über die postmortale Vermehrung der Typhusbacillen in den Organen der Typhusleichen, ein Gedanke, dem übrigens schon von Eberth Ausdruck verliehen worden war. Auch bei den gegenwärtigen Untersuchungen war es wieder aufgefallen, dass bei unmittelbar nach dem Tode ausgeführten Sectionen die eigenthümlichen, charakteristischen Bacillenhaufen in der Milz in den gefärbten Schnittpräparaten vermisst wurden, während sie sich bei später ausgeführten Sectionen constant nachweisen liessen. Es wurden nun Versuche angestellt, indem bei kurz nach dem Tode ausgeführter Section ein Würfel aus der Milz ausgeschnitten und in Alcohol zum Härten eingelegt wurde, während der übrige Theil der Milz in mit Sublimat getränkte Leinwand eingewickelt bei hoher Zimmertemperatur liegen blieb. Nach 24 Stunden wurde wieder ein Würfel ausgeschnitten und in Alcohol gelegt, und später nochmals. Es fand sich nun in 5 derartigen Versuchen constant, dass in dem ersten Würfel keine oder fast keine Herde, dagegen wohl in dem zweiten und dritten solche mit zunehmender Reichlichkeit und Grösse nachgewiesen werden konnten. Ein Controlversuch mit der Milz eines Phthisikers ergab wohl zahlreiche vereinzelte Fäulnissbacillen aber keineswegs die charakteristischen Herde der Typhusbacillen. Ausserdem werden auch bestätigende Beobachtungen bei Thierexperimenten angeführt, ferner ein Versuch mit der Milz eines Carcinomatösen, in welche von der Arterie her Typhusbacillen injicirt und auf diese Weise die eigenthümlichen Herde erzeugt wurden, so dass an der Thatsache der postmortalen Vermehrung der Typhusbacillen wohl nicht mehr gezweifelt werden kann. Man hätte sich dann, entsprechend den schon früher vom Ref. mehrfach geäusserten Anschauungen, vorzustellen, dass intra vitam gewisse Widerstände gegen die Lebensthätigkeit der Typhusbacillen vorhanden sind, wodurch ein grosser Theil derselben fortwährend wieder zu Grunde geht, während nach Eintritt des Todes diese Widerstände in Wegfall kommen. Mit einem anderen, von Nägeli gewählten Ausdruck könnte man das auch als Concurrenz der thierischen Zellen gegenüber den Spaltpilzzellen bezeichnen. Dass dann nach Eintritt des Todes in den reichlich Nahrungsstoffe enthaltenden Organen die Typhusbacillen sich vermehren, kann, da sie höchst wahrscheinlich des freien Sauerstoffs nicht bedürfen, kaum Wunder nehmen.

Ueber die hygienisch wichtige Frage, ob solche postmortal im Organ vermehrte Typhusbacillen schliesslich durch Fäulniss zu Grunde gehen oder nicht, haben die Verff. ebenfalls einige Versuche angestellt, und in der That nach 10 Tagen bei verschiedenartigen Bedingungen wohl Fäulnissbacterien aber keine Typhusbacillen mehr durch das Plattenculturverfahren in den Milzen nachweisen können.

Praktisch von hohem Werth erschiene der Nachweis der Typhusbacillen am Lebenden. Auch in dieser Beziehung haben die Verff. Untersuchungen angestellt, beim Blute indess, das aus der Fingerspitze von hochfiebernden Kranken entnommen wurde, in 6 Fällen mit negativem Resultat. Es stimmt dies damit überein, dnss auch im Leichenblut mit Ausnahme eines einzigen Falles keine Typhusbacillen nachgewiesen wurden. Uebrigens hätten nach Ansicht des Ref. unbedingt grössere Mengen von Blut zur Untersuchung genommen werden müssen, denn jedenfalls sind selbst bei fiebernden Kranken die Typhusbacillen nur in sehr geringer Zahl darin enthalten. Bei 11 Untersuchungen von frischen typischen Stuhlentleerungen ferner wurden übereinstimmend mit den Resultaten von Pfeiffer dreimal Typhusbacillen nachgewiesen. Leider fehlt hier die Angabe, dass die aufgefundenen Typhusbacillen durch Prüfung ihrer biologischen und sonstigen Eigenschaften sicher als solche constatirt wurden, was den Werth des Ergebnisses wesentlich beeinträchtigt. Sehr zu bedauern ist ferner, dass die Verff. den Harn, der nach Ansicht des Ref. am meisten Aussicht gibt auf Nachweis der Typhusbacillen am Lebenden, nicht in das Bereich ihrer Untersuchungen gezogen haben.

Das Hauptgewicht endlich legen die Verff. auf die von ihnen angestellten Uebertragungsversuche auf Thiere. Bekanntlich waren alle bisherigen Versuche in dieser Richtung negativ ausgefallen. Auch Gaffky, dem verschiedenartige Thierspecies zu Gebote standen, hatte keinen Erfolg, was sich indess gegenüber den hier vorliegenden positiven Angaben durch den von Gaffky gewählten Infectionsmodus (Fütterung oder subcutane Infection) gegenüber den von den Verff. angewendeten (intraperitoneale oder intravenöse Infection) erklären dürfte. Zu den Versuchen dienten Meerschweinchen und graue Hausmäuse, hauptsächlich aber Kaninchen; die Typhusbacillen wurden stets in Form einer Aufschwemmung angewendet, die durch Vertheilung von Kartoffelculturen in sterilisirtem Wasser hergestellt wurde. Meerschweinchen scheinen wenig empfänglich, von 35 Mäusen aber erlagen 27 der intraperitonealen Injection von $^1/_{10}$—1 Pravaz der erwähnten Aufschwemmung. Der Tod tritt meist innerhalb 24 Stunden ein, dabei finden sich die Milz und die Mesenterialdrüsen constant geschwellt, in ersterer sind die Typhusbacillen mikroskopisch nachzuweisen.

Wichtiger sind die Versuche an Kaninchen. Während fünf Injectionen direct in den Darmtractus (nach Analogie der Koch'schen Choleraexperimente, zum Theil mit gleichzeitiger Anwendung von Opiumtinctur), 5 subcutane Injectionen, 1 Einspritzung in die Lunge und 2 Inhalationsversuche negatives Resultat hatten, lieferten von 20 intraperitonealen Injectionen 2, und von 46 Injectionen in die Ohrvenen 20 ein positives Ergebniss. In den meisten dieser Fälle war folgender Befund vorhanden: Starke Milzschwellung, Schwellung und Erweichung der Mesenterialdrüsen, Schwellung der Peyer'schen Plaques, der Achsel- und Inguinaldrüsen. Mehrfach fanden sich ausserdem haemorrhagisch gefärbte Transsudationen im Peritonealraum und Haemorrhagien in verschiedenen Abschnitten des Darmcanals; einigemale war es in einzelnen Peyer'schen Plaques und Solitärfollikeln zu einer regelrechten Verschorfung gekommen, wovon eine Abbildung beigegeben ist. Mikroskopisch fanden sich in den gelungenen Fällen stets in der Milz dieselben Herde von Typhusbacillen wie sie beim Menschen gefunden werden; sie konnten auch hier durch Aufbewahrung der Milz nach dem Tode deutlicher gemacht werden.

Die Krankheitserscheinungen an den Thieren nach der Injection waren schon nach wenigen Stunden stets ausgesprochen, es sank die Reaction gegen äussere Reize, die Bewegungen wurden träge, die Fresslust hörte auf und in vielen Fällen zeigten sich diarrhoische Entleerungen. Ueber die Temperaturverhältnisse der Thiere wurden keine Ermittlungen angestellt, in der wohl richtigen Erwägung, dass aus derartigen Beobachtungen bei Kaninchen kein wissenschaftlich werthvolles Resultat hervorzugehen pflegt.

Bedenkt man, dass die Culturen, welche zu diesen Versuchen dienten, nicht von einem einzigen, sondern von 11 verschiedenen menschlichen Typhusfällen herrührten, während stets ein analoges Bild beim Versuchsthiere erhalten wurde, so wird man in der That geneigt sein zuzugeben, dass mit diesen Re-

sultaten eine Pathogenität der menschlichen Typhusbacillen für gewisse Thierspecies erwiesen ist, und dass wir somit im Thierversuch ein Reagens auf diese Bacillen besitzen. Die Wichtigkeit einer derartigen Constatirung für Pathologie und Hygiene leuchtet von selbst ein.

Zu erwähnen ist noch, dass die Verff. bei ihren Versuchen vielfach dasselbe Thier zweimal inficirten, wenn es den ersten Eingriff überstanden hatte. Diese zweimaligen Impfungen aber hatten, obwohl sie meist mit grösseren Infectionsmengen ausgeführt wurden, viel weniger positive Ergebnisse zur Folge, d. h. die Thiere erwiesen sich widerstandsfähiger, woraus die Verff. die Möglichkeit einer Schutzimpfung bei Typhus abzuleiten geneigt sind. Unseres Erachtens kommt jedoch hiebei wesentlich die Zeitdauer in Betracht, welche zwischen der ersten und zweiten Impfung verstrichen ist, ein Punkt, auf welchen die Verff. wie es scheint nicht genügend Werth gelegt haben. So lange die Reaction gegen die erstmalige Impfung noch anhält (vielleicht 4 bis 6 Wochen), kann das Thier gegen eine zweitmalige Impfung relativ weniger empfänglich sein, ohne dass hieraus ein wirklich dauernder Schutz für längere Zeiträume hervorgeht.

Die Möglichkeit einer Schutzimpfung bei Typhus soll keineswegs bestritten sein. Es fragt sich aber sehr, ob diese Frage beim Kaninchen studirt werden kann. Denn der von den Verff. producirte Kaninchentyphus ist eben doch etwas anderes als der menschliche Abdominaltyphus. Das wichtige Incubationsstadium des letzteren fehlt dort; dort setzt die Krankheit nach der erfolgreichen Injection gleich auf ihrer Höhe ein und führt rasch zum Tode. Gerade diejenigen Organe, in denen beim Menschen die Incubation d. h. die anfängliche Vermehrung der Typhusbacillen erfolgt, müssten durch eine Schutzimpfung immun gemacht werden, nicht der ganze Körper, denn das ist wahrscheinlich unmöglich. Beim Kaninchen aber sind keine Incubationsorgane vorhanden, da dieses Thier nicht spontan an Typhus erkrankt. Deshalb dürften Studien über Immunität hier wenig Aussicht bieten. H. Buchner.

Stintzing: Ueber eine eigenthümliche Erscheinung (Mitbewegung) bei Tabes dorsalis. (Centralblatt für Nervenheilkunde IX. No. 3.)

St. beobachtete bei einem an Tabes erkrankten Manne bei Hustenstössen eine auffallende Bewegung der Oberschenkelmuskulatur in der Art, dass bei jedem Hustenstoss die Oberschenkel im Hüftgelenke stark gebeugt werden und zwar mit ganz bedeutender Intensität. Am meisten betheiligt waren der Ilio-Psoas, der Rectus cruris und der Sartorius. Diese sowohl bei Rückenlage als bei sitzender Stellung eintretenden Bewegungen konnte P. nicht willkürlich unterdrücken und auch eine passive Hintanhaltung der Beugung war nur mit einem ziemlichen Kraftaufwande möglich. St. fasst das Phänomen als Mitbewegung auf. R. v. Hoesslin.

Prof. Dr. E. Lang (Innsbruck): **Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.** Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1884—86.

Die uns zur Besprechung vorliegenden Vorlesungen des bekannten Autors zeichnen sich vor den nicht zahlreichen guten Werken, welche den gleichen Gegenstand behandeln, durch originelle Darstellungsweise, fesselnde Sprache und die Fülle und praktische Anordnung des massenhaften Materials in so vortheilhafter Weise aus, dass wir nicht umhin können, dieselben den Fachmännern als auch insbesondere den praktischen Aerzten auf's Wärmste zu empfehlen. Während der Specialarzt die ungemein zahlreichen Hinweise auf die einheimische und ausländische Literatur, welche von einer ausserordentlichen Belesenheit Zeugniss geben, dankbar begrüsssn wird und die, wenn auch nicht durchweg getheilten, theoretischen Anschauungen des Autors, insoferne dieselben sichtlich auf einer grossen praktischen Erfahrung fussen, mit regem Interesse beachten muss, wird der in der täglichen Praxis stehende College durch die gefällige Darstellung und das detaillirte Eingehen auf die praktisch wichtigen differentialdiagnostischen und therapeutischen Momente sich in hohem Grade angeregt fühlen; insbesondere da sich Lang, ohne dass die Gründlichkeit darunter Schaden litte, von jener manchmal schwer zu vermeidenden Trockenheit des Stils, welche das Studium sonst recht guter Werke oft zu einem recht langweiligen macht, mit grossem Geschick fernzuhalten weiss, und dadurch die Lectüre seiner Vorlesungen sich zu einer sehr angenehmen gestaltet. Wir sehen daher in dem nunmehr vollständigen Werke eine sehr werthvolle Bereicherung der Syphilisliteratur, welche aus den soeben erwähnten Gründen ebenso dem Verfasser als auch durch die schöne typographische und xylographische Ausstattung dem Verleger zur Ehre gereicht. — Lang ist strenger Dualist; Helkose (weiches, venerisches Geschwür) und die Gonorrhoe mit ihren Complicationen werden in dem Buche nicht für sich, sondern nur insoferne differentialdiagnostische Momente in Betracht kommen, erörtert. Mit Rücksicht auf den vorwiegend praktischen Zweck des Buches ist alles unwesentliche Beiwerk historischer Natur vermieden, alles Hypothetische nach Möglichkeit eingeschränkt, dagegen die Errungenschaften auf anderen Gebieten, und insbesondere diejenigen auf dem Gebiete der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie ausreichend verwerthet. Die veralteten Ausdrücke (primäre, secundäre, tertiäre Syphilis, breite und spitze Condylome) sind gänzlich vermieden. Auf den Inhalt des Buches selbst näher einzugehen, ist in einem kürzeren Referate nicht möglich, wir müssten uns denn auf eine mehr weniger genaue Wiedergabe des Inhaltsverzeichnisses beschränken. Zum Schlusse finden wir eine zweckmässige Sammlung der gebräuchlichsten extern und intern verwendeten Medicamente mit Berücksichtigung der neuesten Methoden, und ein sehr genaues Register, welches den Werth des Buches als Nachschlagewerk wesentlich erhöht. Zahlreiche vorzügliche Holzschnitte, theils nach mikroskopischen Präparaten, theils nach Photographien angefertigt illustriren den Text. Kopp.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 12. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Lublinski** berichtet über 3 mit günstigem Erfolg behandelte Kehlkopfpolypen, die er nach der von Voltolini vor 7 Jahren angegebenen Methode vermittelst des Schwammes operirt hat.

Herr **Schmid** stellt einen Fall von allgemeinem, hohem Interesse vor. Er zeigt einen 17jährigen Knaben mit Cachexia strumipriva, an dem die Kocher'schen Prophezeiungen (cfr. Verhandlungen des vorletzten und letzten deutschen Chirurgen-Congress) zur Wahrheit geworden sind. Dem Knaben wurde vor $2^3/_4$ Jahren von Herrn Küster eine umfangreiche Struma entfernt. Er war damals ein aufgeweckter, kräftiger Junge, jetzt ist er geistig und körperlich zurückgeblieben, hat Alles, was er gelernt hat, vergessen, hat die Tendenz Tage lang zu schlafen, ist träge, willensunthätig und vergisst Alles was ihm aufgetragen worden ist.

Im Hinblick auf die Kocher'sche Theorie, die diesen Zustand aus einem Deficit an Sauerstoff erklärt und im Hinblick auf die vom Vater mitgetheilte Beobachtung, dass der Knabe beim Gehen und Treppensteigen Athemnoth bekommt, könnte man daran denken, hier noch die Tracheotomie auszuführen.

Nachdem Herr **James Israel** ein tuberculöses Nierenpräparat gezeigt hatte, das bemerkenswerth ist durch die denkbar hochgradigsten Veränderungen, die die Tuberculose in dem Organ erzeugt hatte, stellte

Her **Julius Wolff** der Gesellschaft den Patienten mit myopathischer Schultergelenksluxation, den er am 17. März vor der Operation gezeigt hatte, nach Ausführung der Arthrothese wieder vor. Der kleine Patient war von einem Windmühlenflügel erfasst 50 Schritt weit fortgeschleudert worden, als Folge hiervon trug er eine Schultergelenkluxation mit nachfolgender völlig atrophischer Schultermusculatur davon.

Da elektrische wie alle anderen Behandlungsarten erfolglos waren, war die Arthrothese indicirt, da zu erwarten stand, dass

der Oberarm den Bewegungen der Scapula folgen würde, sobald er an letztere fixirt wäre. Bei der Operation nun wurden die oberflächlichen Knochenlagen und die Knorpelschicht abgehoben, Kopf des Humerus und Cavitas glenoidalis durchbohrt und zwar die letztere in einer Entfernung von 1 cm vom Rande, damit nicht ein Ausbrechen des schmalen Knochenrandes stattfinden könnte. Die Elfenbeinnägel, die W. beabsichtigt hatte zur Verbindung der beiden Knochen zu verwenden, gingen nicht durch die Bohrlöcher durch; er nahm deshalb Silberdraht und schnürte mit diesem die beiden Knochen so zusammen, dass die angefrischten Knochenränder an einander passten. Nach Exstirpation eines grossen Kapselstückes und Einlegung eines Drains wurde die Wunde mit Katgut vernäht.

Was nun den operativen Erfolg betrifft, so ist derselbe glänzender als hat erwartet werden können. Der Oberarm kann nicht mehr willkürlich wie vorher nach oben oder unten verschoben werden, sondern der Kopf des Humerus ist unbeweglich in der Cavitas glenoidalis fixirt. Doch lässt sich das Caput humeri nach aussen und innen rotiren, ein Beweis, dass keine knöcherne Verwachsung zwischen Cavitas glen. und Caput humeri, wie beabsichtigt, stattgefunden hat, sondern dass die beiden in Frage kommenden Knochen durch den Silberdraht aneinander gehalten und fixirt werden.

Hinsichtlich des functionellen Erfolges der Operation, so lässt natürlich bei dem atrophischen Zustande der Muskeln des Oberarmes die Gebrauchsfähigkeit desselben noch zu wünschen übrig. In Anbetracht der obwaltenden Verhältnisse ist dieselbe aber durchaus befriedigend. Der kleine Patient wirft mit dem Ball, putzt sich mit dem kranken Arm die Stiefel, peitscht mit demselben und macht noch eine Reihe anderer Künste vor, die Herrn Wolff's Angaben vollauf bestätigen. Zudem wird die Gebrauchsfähigkeit des Armes, den Patient täglich übt, von Tag zu Tag erheblich besser, so dass Herr Wolff noch grössere Hoffnungen hat.

Alles dies verdanken wir offenbar dem Umstande, dass eine bewegliche Verbindung im Schultergelenk hergestellt ist. Daher bleibt es zum mindesten fraglich, ob man künftig bei Ausführung der Arthrothese eine knöcherne Vereinigung herbeiwünschen oder ob nicht die im Vorstehenden mitgetheilte Fixation der 2 in Frage stehenden Knochen die wünschenswerthere sein wird. Das aber ist wohl ausser Frage, dass man durch Fixirung der Knochen mittelst einer zweckentsprechenden Bandage — wie einzelne Herren glauben — nicht annähernd einen solchen Erfolg hätte erreichen können.

Zur Entfernung des zur Fixirung benutzten Drahtes lag bis jetzt und wird auch — wie Herr Wolff glaubt — keine Veranlassung vorliegen.

Hierauf kommt die Masern-Frage an die Reihe. Die Ausführungen des Vortragenden, des Herrn Wasserfuhr*), gipfeln darin, dass er es nicht für empfehlenswerth hält, die gesunden Geschwister masernkranker Kinder vom Schulbesuche auszuschliessen. Her Physicus Lewin kommt an der Hand sachlicher Ueberlegungen zum entgegengesetzten Schluss und Herr Kalischer schlägt den Mittelweg in dieser Frage ein. Er hält es für rathsam, dass die gesunden aber die Masern bereits einmal überstanden habenden Geschwister masernkranker Kinder die Schule besuchen dürfen, während die gesunden Geschwister masernkranker Kinder, die die Masern noch nicht durchgemacht haben, vom Schulbesuch ausgeschlossen werden müssen.

Endlich demonstrirt Herr Hans Virchow einen von ihm construirten Apparat, der zur Aufzeichnung der Medianlinie des Rückens am Lebenden dient. Die bisher an der Leiche gewonnenen Resultate der Wirbelsäulekrümmung könnten als richtige nicht gelten. Der Apparat zeichnet die Resultate auf einem Blatt Papier als Curven auf und kann desshalb von den Krümmungen in verschiedenen Durchmessern nicht Notiz nehmen.

Es knüpfen sich hieran interessante Mittheilungen über die Differenzen der Rückenkrümmungen bei verschiedenen Nationalitäten, die der Redner aber nicht auf eine Differenz im Bau zurückführen zu dürfen glaubt, sondern für die die Musculatur in erster Linie verantwortlich zu machen sei.

*) Referat über den Vortrag W.'s über diesen Gegenstand am 14. April werden wir nachtragen. Red.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

VIII. Sitzung am 10. April 1886.

Riedinger: Ueber Nervenchirurgie.

R. spricht über Nervenchirurgie und stellt 3 operirte Fälle vor. Bei den beiden ersten handelte es sich um eine Prosopalgie des III. Trigeminusastes, die sich zu einer unerträglichen Höhe steigerte und allen andern Mitteln nicht gewichen war. Es wurde beide Male der Mandibularis in grosser Ausdehnung resecirt und zwar nach Aufmeisselung des Canalis mandibularis. R. zieht diese Methode allen übrigen vor und erläutert die Vortheile derselben an Präparaten, an denen er zugleich die Technik der Operation demonstrirt. Beide Fälle sind geheilt und schon seit geraumer Zeit operirt. Der dritte Fall betrifft einen ehemaligen Soldaten, welcher im Jahre 1870 einen Schuss in den Oberarm erhalten hatte. Das Projectil wurde sofort extrahirt; kurze Zeit nach der Verletzung stellten sich aber heftige Schmerzen im Bereiche des Ulnaris ein, die sich in der letzten Zeit derart steigerten, dass der Kranke nicht mehr schlafen konnte. Da alle Mittel, wie Jodkali, Bäder, Electricität etc. keine Heilung erzielten, machte R. die Dehnung des Ulnaris und sofort waren die Schmerzen verschwunden, die „Taubheit“ in den Fingern, welche der Operation folgte, schwand sehr rasch und Patient ist nunmehr vollkommen wohl.

O. Seifert: Ueber Cocaïn und Cocaïnismus.

Nach einigen kurzen Anmerkungen über die Geschichte des Cocaïns und seine auf den verschiedenen Gebieten der Therapie in Anspruch genommene Wirkung, berichtet S. seine eigenen Erfahrungen mit besonderer Berücksichtigung acuter und chronischer Vergiftungen.

S. benutzt zur Anästhesirung der Nasenschleimhaut 10 proc., der Rachenschleimhaut 5—10 proc., der Larynxschleimhaut 20 proc. Lösungen und ist im Allgemeinen sehr zufrieden mit der anästhesirenden Wirkung, wenn auch bei einzelnen Individuen trotz reichlichen Verbrauchs von Cocaïnlösung eine vollständige Anästhesie nicht erreicht wird. Als einen Nachtheil bezeichnet S. den Umstand, dass bei Operationen in der Nase sehr häufig die Blutungen erst ziemlich spät erfolgen ($^1/_2$—1 Stunde nach der Operation), so dass man auf die Tamponade der Nase ganz besondere Rücksicht nehmen muss. Den ersten Fall von acuter Cocaïnvergiftung sah S. im September 1885 bei einer 17jährigen jungen Dame, deren Nase behufs galvanocaustischer Aetzung der hyperplastischen Nasenmuscheln cocaïnisirt worden war. Kurz nach der Operation stellte sich Schwindel, Kopfschmerz, Herzklopfen, Uebelkeit ein; Patientin musste zu Bett gebracht werden, der Puls war sehr frequent (130) und auffallend weich geworden. Diese Erscheinungen gingen erst nach Ablauf mehrerer Stunden vorüber. Bei einem 2. Fall kam zu den genannten Beschwerden als weitere Erscheinung noch hinzu, dass Patient die Herrschaft über die Beine verloren hatte; auch hier war die Pulsfrequenz auffällig vermehrt, doch gingen diesmal die sämmtlichen Störungen nach einer Stunde der Ruhe vorüber. Ein dritter Fall zeichnete sich dadurch aus, das die Kopfschmerzen, der Schwindel, das Herzklopfen ungemein heftig waren, die Uebelkeit sich bis zum Erbrechen steigerte, Patient sich 1$^1/_2$ Tage zu Bett legen musste und nicht mehr zu bewegen war, eine weitere Cocaïnisirung an sich vornehmen zu lassen — er hielt die nächste Operation ohne Anästhesirung aus. Die Vergiftungen in den beiden letzten Fällen waren auch nach Gebrauch einer 10 Proc. Cocaïnlösung (ebenfalls behufs galvanocaustischer Operation in der Nase) entstanden. Aehnliche Intoxicationserscheinungen wurden noch bei 3 weiteren Fällen beobachtet.

Neuerdings lässt S. das Cocain in Aqu. camphorata (0,1 : 100,0) lösen, um die Lösung haltbar zu machen.

Ein Fall von chronischer Intoxication (Cocainismus) wird ausführlich berichtet. Es handelt sich um einen 40jährigen

Herrn, der mit Hülfe des Cocaïn vom Morphium entwöhnt werden sollte. Der Morphiumgenuss wurde auch glücklich unterdrückt, allein Patient gebrauchte nun übermässig viel Cocaïn, so dass er sich bald 1,0 Cocaïn pro die injicirte. Durch langsame Entziehung war schliesslich nach Ablauf von 4 Wochen Patient auch vom Cocaïngenuss befreit, konnte entlassen werden, doch ist es nicht bekannt, ob ein Rückfall eingetreten ist.

S. kommt nach seinen Erfahrungen zu dem Schluss, dass das Cocaïn ein vorzügliches Anästheticum für die Schleimhäute ist, dass man aber vorsichtig bei dessen Gebrauch sein muss und dass man dasselbe als Ersatz für Morphium nicht anwenden sollte.

Aerztlicher Verein zu München.

(Originalbericht.)

Sitzung am 10. März 1886.

Vorsitzender: Herr Winckel.

Hofrath Dr. v. **Liebig: Das Athmen unter verschiedenem Luftdrucke.**

Der Vortrag wird in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden.

Geheimrath v. **Ziemssen: Der Typhus in München während der letzten 20 Jahre.**

Dieser Vortrag ist in Nr. 18 dieser Wochenschrift veröffentlicht.

Discussion. Oberarzt Dr. Zaubzer: Wenn auch die Typhusbewegung im Krankenhause r./I. nicht ganz mit dem vorstehenden Kartogramme von links der Isar stimmt, indem wir nach den Jahren 1881—83 von 21 bezw. 23 Kranken im Jahre 1884 auf 68 und 1885 wieder auf 58 Typhuskranke herabkommen, so möchte ich doch hauptsächlich betonen, dass unsere Typhuscurve hinsichtlich des rapiden Abfalles und des stabilen niederen Standes dem Kartogrammbilde l./I. vollkommen gleicht. Dass wir in unserer Anstalt relativ immer mehr Typhuskranke als im Krankenhaus l./I. haben, stimmt wohl mit dem Satze, dass die Typhuserkrankungen mit der Assanirung der Strassen und Häuser im umgekehrten Verhältnisse stehen; denn zu uns ressortiren hauptsächlich die nordöstlichen Theile der Stadt, welche namentlich in Canalanlage theilweise noch zurück sind. Ein Blick auf unsere Typhusrapporte weist die zahlreichsten und schwersten Typhusfälle aus den uncanalisirten Strassen dieser Stadttheile auf. Einen eclatanten Fall für den Werth der Canalisirung hatten wir beim letzten Auftreten der Cholera 1873 und 1874. Die Bewohner der Grube in Haidhausen (Vorstadt), wurden 1854 von der Cholera fast am schwersten heimgesucht und sollten 1873 beim Auftreten der Cholera desshalb auslogirt werden. Die Bewohner gingen aber nicht darauf ein, — sie blieben aber auch dieses Mal von der Seuche nahezu ganz verschont. 1854 war dieser unter dem Niveau der Hauptstrassen Haidhausens gelegene Stadttheil noch nicht canalisirt, 1873 aber schon in das Canalnetz gezogen.

Die Typhusvorkommnisse in der nächsten Nähe Münchens bieten ein getreues Spiegelbild der Verhältnisse in der Stadt; so ist in Schwabing der Typhus wesentlich seltener geworden; aber auch hier entfallen nach genau constatirten Ausweisen jetzt nahezu alle Typhusfälle nur auf nicht canalisirte Strassen oder auf Häuser, die noch sehr der Assanirung bedürfen.

Selbst für das platte Land tritt das Bedürfniss nach Drainirung des Bodens und Regulirung der Ortsgräben lebhaft hervor und die günstigen Erfahrungen, welche an einigen Orten, wie Aschheim und Bogenhausen, damit gemacht wurden, beweisen, dass für die Landbezirke der Werth der Drainirung des Bodens, Regulirung der Ortsgräben, sowie der Sorge für richtige Anlage der Dungstätten als Schutz gegen Krankheiten, namentlich gegen epidemische Entwickelung von Cholera, Typhus, gleich hoch zu stellen ist, als wie Canalisirung und Röhrenlegung für die Stadt und deren Vororte.

Generalstabsarzt Dr. v. Lotzbeck: Sie werden sich erinnern, dass in der letzten Zeit in Landau in der Pfalz eine Typhusepidemie ausbrach beim 3. Bataillon des 18. Infanterieregiments in der sog. weissen Caserne. In Landau herrscht der Typhus ziemlich häufig; gerade im vorigen Jahre war aber der Typhus fast gar nicht aufgetreten. In der gesammten Pfalz waren nur sehr wenige Fälle vorgekommen. Um Weihnachten herum zeigten sich nun die ersten Erkrankungen bei dem genannten Truppentheile. Sie waren aufgetreten am Nordende der Caserne in der Nähe der Aborte und zwar zuerst nur bei älteren Leuten, also nicht Rekruten, sondern bei Soldaten des dritten Jahrganges, die längere Zeit nicht in Urlaub waren. Man hat nun nach der Ursache geforscht. Das Trinkwasser, zwar wiederholt untersucht, zeigte keine besondere Abnormität. Es ist ja richtig, dass das Trinkwasser in Landau selbst nicht besonders gut ist, die Stadt geht ja auch damit um, eine Wasserleitung herzustellen; aber gerade das dem Militär zur Disposition stehende Wasser ist ein ganz ordentliches Trinkwasser.

Die Epidemie, welche anfänglich nur im nördlichen Theile der Caserne herrschte, hatte sich rasch über die ganze Caserne ausgebreitet.

Alle Räume, in welchen Typhusfälle vorkamen, wurden nun gründlich desinficirt, alle Gegenstände mit Sublimat gewaschen. Bei den beschränkten Räumlichkeiten war es aber nicht anders möglich, als dass die desinficirten Zimmer einige Zeit nach ihrer Desinfection wieder benutzt werden mussten. Kaum waren aber die Zimmer wieder belegt, erkrankten die Leute sofort wieder am Typhus. Der fünfte Theil des Bataillons erkrankte: 90 Mann.

Ich habe mich nun selbst an Ort und Stelle begeben. Die Massregeln, die getroffen wurden, waren einfacher Natur. Es wurde die ganze Caserne geräumt und die Mannschaft auf das Lechfeld evacuirt. Weiber und Kinder mussten in Landau eine Baracke beziehen. Von den am 25. vor. Mts. in das diesseitige Bayern herübergekommenen Leuten ist kein einziger mehr an Typhus erkrankt. Ich möchte nur erwähnen, dass die Sterblichkeit während der Epidemie nur eine sehr geringe war, im Ganzen 4 Mann.

Das ursächliche Moment zu ermitteln hat man sich alle Mühe gegeben. Man hat zunächst das Wasser untersucht, die Lebensmittel; die Untersuchung hat aber nicht die geringsten Anhaltspunkte gegeben. Eine Einschleppung konnte absolut ausgeschlossen werden. Die ersten Erkrankungen waren vorgekommen am Nordende der Caserne. In dieser Gegend befinden sich auch die Aborte. Man hatte sich nun zunächst an die Aborte gehalten durch Anwendung minutiöser Reinlichkeit. Aber die Erkrankungen hörten nicht auf. Nun richtete man sein Augenmerk auf einen anderen Punkt. Landau wird von der Quaich durchzogen. In diese mündet ein Canal ein, der früher die Aborte aufnahm, am Nordende der Caserne sich erstreckend. Der Lauf in diesem Canale ist ein sehr träger. Im December vor. Jrs. stand das Wasser der Quaich noch ziemlich hoch, ebenso das Grundwasser. Mitte December trat nun auf einmal ein merkwürdiger Abfall des Grundwassers und der Quaich ein. Es trat auch eine vollkommene Stagnation in dem Canale und Trockenlegung ein: um diese Zeit zeigten sich die ersten Typhusfälle.

Ich wollte nur dieses Factum mittheilen. Es wird jetzt wohl in der Weise vorgegangen werden, dass man den betreffenden Canal vollkommen absperrt und einfüllt. Die Caserne wird eine Zeit lang leer stehen bleiben.

Dr. Gsell-Fels: Zur Bestätigung des bisher Gesagten möchte ich einige Bemerkungen über die Verhältnisse in Basel mittheilen. Basel war seit langem eine Typhusstadt und wenn von Typhus die Rede war, wurde Basel immer mit citirt. Liebermeister und Haggenbach haben ihre erste wissenschaftliche Begründung der Kaltwasserbehandlung des Typhus in Basel durchgeführt. Nachdem nun die Untersuchungen v. Pettenkofer's bekannt geworden waren, bestrebte man sich den Baselern klar zu machen, dass zur Bekämpfung des Typhus eine Canalisation unerlässlich sei. Aber obwohl der grosse Rath für eine solche mit 130 gegen 95 Stimmen sich aussprach, gelang es einer hauptsächlich von den Hausbesitzern ausgehenden Agitation im Volke den Beschluss des grossen Rathes zu verwerfen.

Was war nun die Folge? Die Regierung, die einstimmig für die Canalisation war, suchte nun unter der Hand dieselbe partiell durchzuführen mit gewissen Unterbauten, die aber einem consequenten Canalisationsnetz entsprachen. Der auffallende Erfolg war nun, dass an den Orten, wo consequent canalisirt wurde, der Typhus constant abnahm. Dagegen hat sich aber das Resultat ergeben, dass an denjenigen Orten, wo die Verhältnisse die alten blieben, der Typhus nicht ausgerottet wurde, dieselben Opfer wie früher forderte. Der Typhus blieb genau auf diese Orte localisirt. Es ist dies ein Beleg dafür, auf wie sicherer Grundlage die Principien ruhen, die von hier aus verbreitet wurden.

Medicinalrath Wolfsteiner: In München ist eine Abnahme des Typhus um das Fünffache zu constatiren; nun wurde aber nur ein Dritttheil canalisirt. Wenn Sie die Physikatsberichte von den letzten 12 Jahren über dieses Capitel nachlesen, dann finden Sie in denselben dieselbe Abnahme, wie bei uns, ohne Canalisation durch die Wasserversorgung: Typhusfälle in grösserer Zahl kommen nur an Orten vor, wo die Wasserleitung nicht hinkam.

Geheimrath v. Pettenkofer: Ich möchte mich nur dahin aussprechen, dass ich die Resultate, die Ziemssen vorgetragen hat, aus meinen eigenen Erfahrungen aus früherer Zeit vollkommen bestätigen kann.

Sie wissen, dass Buhl und ich uns mit den Typhusverhältnissen in München vom Jahre 1854 an eingehend beschäftigt haben. Die Vergleiche, die wir anstellten, beruhten im Wesentlichen auch auf der Statistik des Krankenhauses. Um die Typhusfrequenz von München klarzustellen, benutzte Buhl alle Sectionen aus dem Krankenhause. Meine Untersuchungen haben sich direct an die Buhl's angeschlossen. Ich benützte zur Statistik die Typhustodesfälle aus der ganzen Stadt, um ein Bild für die ganze Stadt zu geben. Da wurde mir sofort der Einwurf gemacht, dass man die Mortalitätsziffer der ganzen Stadt durchaus nicht brauchen könne, um über die Typhusfrequenz ein Urtheil abzugeben; dieselben würden ja den Todtenzetteln entnommen. Nun seien ja einzelne Diagnosen der Aerzte vollkommen unsicher, jedenfalls nicht so sicher wie Buhl's Sectionen. Gäbe es doch Aerzte mit grosser Praxis, die behaupteten, es sei ihnen noch kein Patient an Typhus gestorben. Das machte mich etwas stutzig und ich dachte, was es denn für Mittel gäbe, um sich einfach zu überzeugen, dass man doch die Typhusmortalität aus der ganzen Stadt ebenso für die Typhusfrequenz benützen könne, wie die Mortalität aus dem Krankenhause. Ich stellte nun alle Zahlen von Buhl für das Krankenhaus und alle Zahlen aus der ganzen Stadt zusammen. Ich nahm nun das Mittel für die Fälle aus dem allgemeinen Krankenhause und das Mittel für die ganze Stadt nach den einzelnen Monaten und da fiel das Maximum der Typhustodesfälle auf den Monat Februar, das Minimum auf October sowohl in der ganzen Stadt als im Krankenhause. Wenn man also die betreffenden Ziffern in Curven aufträgt, so sieht man, dass das Krankenhaus vollkommen übereinstimmt mit der ganzen Stadt. Nun schritt ich weiter. Der Februar war der stärkste Typhusmonat. Ich fragte mich nun, wieviel Todesfälle kommen im Februar in der Stadt mehr vor als im Krankenhause. Das Verhältniss war 2.8. Nun dividirte ich mit der Ziffer 2.8 alle Mittelzahlen der einzelnen Monate für die ganze Stadt und da stellte sich eine geradezu merkwürdige Uebereinstimmung heraus, so dass die Differenz nicht ganz 1 Todten betrug. Die berechnete Zahl stimmte also mit den wirklich gefundenen Zahlen vollkommen überein. Die Münchener Aerzte hatten also doch den Typhus richtig diagnosticirt. Wenn es sich übrigens um so grosse Zahlen handelt, fallen ja Fehler nach rechts und links und eliminiren sich dadurch.

Dass die auffallende Abnahme des Typhus in München jedenfalls mit der grösseren Reinhaltung des Bodens, namentlich mit der Hausdrainage zusammenhängt, dafür liegt mir eine grosse Zahl der überzeugendsten Thatsachen vor. Alle Aerzte wissen, wie früher gerade das Thal und die nächste Umgebung ein Haupttyphusherd war. Von 1869—1870 wurde das Thal canalisirt. Wenn man nun die Typhusfrequenz nach den Todesfällen beurtheilt und die Zeit vor und nach Einführung der Canalisation vergleicht, so findet man eine Reduction von 60 Proc.

Vor einigen Tagen theilte mir Geheimrath v. Nussbaum einen sehr interessanten Fall mit. Er schrieb mir, dass im Cadettencorps hier sich der Einfluss der Drainirung in auffallender Weise bemerkbar gemacht habe. Er kenne durch Bratsch die Verhältnisse sehr genau. Wegen der früher häufig vorgekommenen Typhusfälle habe man die Abtrittsverhältnisse verbessert durch Einrichtung des Tonnensystems. Dies änderte aber in den Verhältnissen nicht das Geringste. Endlich vor 1 1/2 Jahren habe man auf das dringende Zureden von Bratsch alle Abwasser, Regenwasser, Küchenwasser u. s. f. nach dem nächsten Stadtcanale geleitet und seit diesen 1 1/2 Jahren sei nicht bloss kein Typhusfall mehr vorgekommen, sondern auch kein gastrisches Fieber mehr.

Damit hängt sicher zusammen, dass in der ganzen Stadt jetzt der Typhus wirklich in Abnahme begriffen ist.

Aber jetzt geht er auf's Land. Viele unserer kleineren Städte in Bayern: Treuchtlingen, Pappenheim haben seit zwei Jahren bedenklich an Typhusepidemien zu leiden.

Wenn man die Typhusabnahme genau statistisch verfolgt, so fällt immer die merkwürdige Coincidenz mit der Assanirung der Stadt auf. Kraus hat dasselbe für Hamburg nachgewiesen. Seit der Zeit der Einführung der Hausdrainage beginnt der Abfall des Typhus. Natürlich hilft dieselbe nicht sofort im ersten Jahre. Aber man sieht, dass von da an schon die Zahlen allmählig gradatim heruntergehen, genau so wie bei uns in München. Bei uns in München war der Typhus schon vor 1880 geringer geworden. Aus den Grundwasserschwankungen sieht man, dass einer gleich grossen Grundwasserschwankung wie 1859 jetzt nicht mehr eine gleich grosse Typhusschwankung correspondirt. In Hamburg hat der Typhus auch schon Ende der vierziger Jahre abgenommen.

Ein exquisites Nest für Typhus und Cholera war Danzig. In Danzig hat aber der Typhus nicht schon in den vierziger Jahren abgenommen, sondern erst in den siebenziger Jahren. Danzig wurde nämlich erst 1869 canalisirt. Die später aufgetretene Choleraepidemie hat dann in Danzig ein ganz schlechtes Geschäft gemacht. Aber die nächsten Orte um Danzig herum, in welchen für Assanirung gar nichts geschehen war, hatten die alte Frequenz.

Die Localisirung des Typhus in München in den nordöstlichen Stadttheilen war eigentlich schon von jeher da. Auch alle drei Choleraepidemien, die wir hatten, haben immer da unten sich entwickelt. Das kann kein Zufall sein. Der Keim wird ja doch überall eingeschleppt, aber die grössere Frequenz machte sich immer da unten bemerkbar. Und so glaube ich, dass es jetzt, nachdem der Typhus so abgenommen hat, durchaus nichts Auffallendes hat, wenn gerade diese nordöstlichen Bezirke immer noch am meisten belastet sind.

Nach meiner Ueberzeugung hilft aber auch die Canalisirung nicht, wenn sie nicht dazu benützt wird, das Haus zu drainiren. So lange wir neben den Canälen noch die laufenden Versitzgruben gestatten, ist keine vollkommene Assanirung denkbar und gerade in dieser Beziehung ist da unten sehr wenig gethan. Darum stimme ich vollkommen dem bei, was Ziemssen gesagt hat, dass wir die Pflicht haben, die Gemeinde darauf aufmerksam zu machen, dass die Canalisation erst zur vollen Wirkung kommt, wenn das Haus vollständig drainirt wird.

Medicinalrath Wolfsteiner hat in gewohnter Weise darauf aufmerksam gemacht, dass die Typhusabnahme eigentlich vom Trinkwasser abhänge und die Einführung eines guten Trinkwassers die Typhusfrequenz am meisten reducire. Ich wende mich an den verehrten Collegen aus Basel und frage ihn, ob die Stadt Basel nicht seit Einführung des ganz vortrefflichen Trinkwassers aus dem Jura doch öfter noch an sehr schweren Typhusepidemien gelitten hat. Uebrigens gerade München ist einer der interessantesten Fälle für den Nichteinfluss des Trinkwassers auf den Typhus. Wir hatten von den dreissiger bis in die sechziger Jahre an unserer Wasserversorgung nichts geändert. Wir hatten die magistratischen Brunnenhäuser und

die königlichen Hofbrunnenhäuser. Ich glaubte ursprünglich ja auch an den Einfluss des Trinkwassers und habe gerade diese verschiedenen Wasserversorgungen in München für ein ganz vortreffliches Object gehalten, um daran Studien zu machen über Typhus- und Cholerafrequenz. Es ist aber bekannt, dass alle meine eingehenden Untersuchungen nur ein negatives Resultat geliefert haben. Aber trotzdem dass ich glaube, dass man Typhus und Cholera nicht vom Trinkwasser bekomme, bin ich doch Trinkwasserfanatiker. Ich halte es für viel wichtiger, dass eine Gemeinde für gutes Wasser als für gutes Bier sorgt. — Ich schrieb auch an den Magistrat, dass man bei der Vergrösserung der Stadt gut daran thue, das Thalkirchner Wasser hereinzuleiten. Gerade über dieses Thalkirchnerwasser habe ich aber grossen Katzenjammer empfinden müssen. Im Herbste 1865 wurde die Leitung eröffnet und Theile von München mit diesem Wasser versorgt. Im Winter 1865—66 war die zweitgrösste Typhusepidemie, die wir in München in einem Zeitraum von 30 Jahren hatten und da verhielten sich die mit Thalkirchnerwasser versorgten Theile genau so, wie die alten Theile. Es hat mir damals Niemand condolirt. Aber ein paar Jahre darauf hat man mir gratulirt. Es kam das Jahr 1867 mit einem sehr niederen Typhusstande. Es war feuchtes Wetter und hoher Grundwasserstand. Da sagte man: Da sieht man aber doch, was dieses Wasser ausmacht. Die Stadttheile, welche nicht mit Thalkirchner Wasser versorgt waren, sondern das alte Wasser forttranken, waren aber ebenso gut daran, als wie die, welche Thalkirchener Wasser tranken, und es scheint, dass es schon genützt hat, dass die einen auf die Gesundheit der anderen getrunken haben.

Nun ging es so fort. Die sanitären Werke entwickelten sich immer mehr und der Typhus nahm immer mehr ab.

Jetzt sagt man: Nun haben wir ja das Mangfallwasser. Wenn Sie aber auf die vergleichende statistische Karte sehen, so fällt sofort auf, dass das gewaltige Sinken der Typhusfrequenz schon auftritt Ende der siebenziger, Anfangs der achtziger Jahre. Die Mangfallquellen wurden aber erst 1883 nach München hergeleitet, sodass sie gewiss keinen Anspruch auf das Verdienst der Reduction der Typhusfrequenz haben.

Ich bin desswegen der vollen Ueberzeugung, dass wir nur durch Entwickelung einer vollständigen Hausdrainage, nach Entfernung aller Schmutzwässer von unseren Wohnungen und unserem Boden dem Infectionskeime des Typhus einen dauernden Damm entgegensetzen können. Typhus- und Cholerakeim können wir zwar nicht aus der Welt schaffen; aber Alles wird darauf ankommen, wieviel er Nahrung findet. Wir müssen ihm das Leben sauer machen. Es wird sich die ganze Typhus- und Choleraepidemiologie höchst wahrscheinlich sehr einfach lösen. Wir werden, namentlich wenn die Bacteriologie noch weiter arbeitet, finden, dass nur an gewissen Stellen in- und ausserhalb unserer Häuser diese Processe vor sich gehen und dass wir an diesen beschränkten Stellen Bedingungen zu schaffen haben, die das Wachsthum der Keime unmöglich machen.

Desswegen bin ich der Ansicht, dass wir dem Votum Ziemssens mit aller Energie beitreten.

(Schluss folgt.)

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

Wissenschaftlicher Bericht vom Jahre 1885.

Die Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik hat mit Abschluss des Jahres 1885 das 7. Jahr ihres Bestehens vollendet. Für die Poliklinik war dieses Jahr ein Probejahr: sie hatte den Beweis zu liefern, dass sie unter den geänderten Verhältnissen, welche die Einführung des Krankenversicherungs-Gesetzes geschaffen, fortzubestehen fähig sei — und sie hat diesen Beweis in vollgiltiger Weise erbracht. Zwar ist im verflossenen Jahre eine Minderung der Zahl der Hilfesuchenden im Vergleich zum Vorjahre eingetreten: während die letztere Ziffer sich auf 4010 beläuft, betrug sie in diesem Jahre nur 3522. Allein man wird zugeben, dass auch diese Frequenz noch immer eine sehr hohe ist, und es unterliegt gar keinem Zweifel, dass binnen wenigen Jahren die frühere Ziffer wieder erreicht, ja selbst überschritten werden wird. Die Theilnahme des Publikums ist unserem Institute unverändert erhalten geblieben: sowohl die regelmässigen Jahres-Beiträge als auch besondere Spenden sind in ergiebigem Masse geflossen. Was den ärztlichen Personalstand der Gesellschaft betrifft, so hat uns der Tod leider wieder ein Mitglied entrissen: Dr. Ebersberger ist im Mai 1885 gestorben.

Der Vorstand bestand aus den Herren: Dr. Buttenwieser Vorsitzender, Dr. Hauerwaas Cassier, Dr. Barabo Schriftführer. Dr. Voit hatte eine Wiederwahl zum Vorsitzenden entschieden abgelehnt.

I. Sitzung.

Den Reigen der Vortragenden eröffnete wie in den Vorjahren unser stetsfort jugendfrisches Mitglied Dr. Kreitmair: er gab ein eingehendes Referat über „Oscar Schmidt, Descendenz-Lehre und Darwinismus“.

II. Sitzung.

Dr. Schubert bespricht unter Zugrundlegung eigener Beobachtungen die anatomischen, klinischen und therapeutischen Verhältnisse bei Perforationen der Membrana Shrapnelli, geht auf die Entwicklungs-Geschichte des Ohres ein und weist darauf hin, dass angeborene Lückenbildungen in der Shrapnell'schen Membran nicht als Colobome aufgefasst werden können.

III. Sitzung.

Dr. Barabo referirt über „Fritsch, Grundzüge der Pathologie und Therapie des Wochenbettes“. Im Anschluss daran theilte Dr. Johann Merkel den Fall eines Abortus im dritten Schwangerschaftsmonate mit, welcher in Folge von Sepsis rasch tödtlich verlaufen war. — Dr. Emmerich macht Mittheilung über späte Entfernung von Placentarresten mit günstigem Ausgange trotz ungünstigster hygienischer Verhältnisse. — Dr. Schubert demonstrirt den Hartmann'schen Compressions-Apparat zur Behandlung von Mittelohr-Krankheiten.

IV. Sitzung.

Dr. Barabo bespricht die Prophylaxe des Wochenbettes und die zur Zeit in der Geburtshilfe gebräuchlichsten Desinficientien Carbolsäure und Sublimat.

Dr. Schubert berichtet über 2 ihm neuerdings vorgekommene Fälle, in denen ihm die Extraction von Eisensplittern aus dem Glaskörper mittelst des Elektromagneten gelungen war. — Derselbe zeigt Prof. Sattler's Galvanocauter für augenärztliche Zwecke. Dr. Joh. Merkel zeigt das Präparat einer Mastdarm-Strictur mit Geschwürsbildung, welche letztere zur Perforation in die Excavatio recto-uterina geführt und eine eitrige Peritonitis erzeugt hatte.

V. Sitzung.

Dr. Buttenwieser referirte über „Voit, die Ursachen der Fettablagerung im Thierkörper“ mit Berücksichtigung der Controversen zwischen Voit und Oertel einerseits und Ebstein andererseits.

Dr. Schubert stellt eine Patientin vor mit Retinitis haemorrhagica.

VI. Sitzung.

Dr. Voit hält einen Vortrag über die frühere und jetzige Therapie des Eczems.

VII. Sitzung.

Dr. Buttenwieser gibt den Sectionsbefund des Collegen Dr. Ebersberger, mit Rückblick auf die früher mitgetheilte Krankengeschichte und Diagnose. — Dr. Voit theilt Auszüge mit aus der Brochüre von Fiedler in Dresden: über die Abweichungen des Typhus abdominalis gegenüber den klinischen Erscheinungen von Jahrzehnten.

VIII. Sitzung.

Dr. Buttenwieser berichtet über eine auf Gesicht und Hals sich erstreckende Ephidrosis unilateralis, zu der ein Herpes zoster der ergriffenen Partien hinzugetreten war. Der Fall betraf einen 40jährigen sonst gesunden Mann. Derselbe College theilt den Sectionsbefund eines $1^3/_4$ Jahre alten Knaben mit, der ausser den Erscheinungen einer weit fortgeschrittenen Lungentuberculose auch eine rechtseitige Hemiplegie darbot;

es fand sich im linken Thalamus opticus ein haselnussgrosse Tuberkelknoten, 2 ebensolche im Kleinhirn.

IX. Sitzung.

Dr. Joh. Merkel bespricht im Anschluss an 2 von ihm durch Exstirpation zur Heilung gebrachte Fälle von Kiemengang-Cysten der unteren Halsgegend die Aetiologie und Operations-Methoden dieser Anomalie. Derselbe theilt einen unter dem Bilde einer intermittirenden Colik auftretenden Fall von larvirter Malaria mit, der auf Anwendung von Chinin heilte. — Dr. Barabo stellt einen Mann vor mit multiplen Verletzungen der Strecksehnen der linken Hand, bei dem die Sehnennaht und Jodoformverband prompte Heilung erzielt hatte; vollständige Functionstüchtigkeit der Hand. Ferner zeigt derselbe ein kindskopfgrosses Chorionmyxom aus dem 7. Schwangerschaftsmonate vor, welches zu wochenlangen Blutungen Veranlassung gegeben hatte; das Puerperium verlief ohne jede Störung.

X. Sitzung.

Dr. Kreitmair berichtet über einen von ihm behandelten Fall von Blei-Amblyopie bei einem Zimmermaler. — Dr. Emmerich macht Mittheilung von einem seltener vorkommenden Geburtshinderniss, nämlich einem an der hintern Muttermundslippe sitzenden faustgrossen derben Tumor, der sich als ein Sarcom erwies. Nach manueller Ausschälung der Geschwulst wurde die Geburt mittelst der Zange vollendet; normales Puerperium. — Dr. Buttenwieser referirt über eine massenhafte durch Verletzung entstandene Blutung aus der Scheide eines 12jährigen Mädchens, dadurch hervorgerufen, dass dasselbe rittlings auf einen Balken (den Heubaum eines Leiterwagens) fiel.

XI. Sitzung.

Dr. Schubert entwickelt in einem längeren, durch Messapparate veranschaulichten und mit Zahlen belegten Vortrage seine — bekannte — Ansicht über die Schiefschrift (conf. den Bericht der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg pro 1885). Zum Schluss demonstrirt Redner an einer fortlaufenden Reihe photographischer Reproductionen ältere Handschriften aus dem VIII.—XVI. Jahrhundert mit der damals allgemein üblichen Steilschrift. — Dr. Emmerich berichtet über ein 20 Jahre altes Individuum, das bisher als ein weibliches Wesen gegolten, bei dem aber das männliche Geschlecht unschwer zu constatiren war: Penis gut einen Zoll lang, Hypospadie, rechter Hode verkümmert, linker normal entwickelt.

XII. Sitzung.

Dr. Joh. Merkel referirt über Knochen-Regeneration nach einer Arbeit Bonome's in Zürich; Dr. Buttenwieser über die Unna'sche Behandlung der Unterschenkel-Geschwüre.

XIII. Sitzung.

Stiftungsfest-Sitzung. Humoristischer Vortrag des Dr. Kreitmair: Die Gehirnzellen.

XIV. Sitzung.

Dr. Heinlein theilt die Krankengeschichte eines 50jährigen Mannes mit, bei welchem er wegen eines lange bestehenden schweren Blasenleidens, das eine bestimmte Diagnose nicht zuliess, die Digitalexploration der Blase vornahm. Urethrotomie mit nachfolgendem Debridement. Die Untersuchung ergab eine auffällige Rigidität des Blasenhalses. Ruhigstellung der Blase durch Drainage: vollkommener Erfolg. — Der Vortragende erstattete alsdann ein ausführliches Referat über „Thompson, Chirurgie der Harnorgane". Dr. Barabo berichtet über einen Fall von verschleppter Querlage bei einer VIII para, wo die Extraction des Kindes trotz Wendung auf den Fuss nicht gelang und zur Decapitation mit nachfolgender Zangen-Operation geschritten werden musste. Die Wöchnerin überstand den Eingriff nur wenige Tage. Derselbe College berichtete ferner über 2 Fälle von Radialis-Lähmung bei Buntpapier-Arbeiterinnen. An die Mittheilung knüpfte sich eine Discussion über die Behandlung der Bleilähmungen überhaupt.

XV. Sitzung.

Dr. Schubert verbreitet sich über die anatomischen und pathologischen Verhältnisse des Warzenfortsatzes, sowie über die Behandlung der letzteren, wobei er die Eröffnung des Knochens einer besonderen Berücksichtigung unterzog, Geschichte, Indication und Technik dieser Operation ausführlich erörternd. Zum Schluss stellte der Vortragende einen Mann vor, an dem er genannte Operation mit bestem Erfolge vollzogen hatte. — Dr. Joh. Merkel berichtet über günstige Erfahrungen, die er gemacht mit der Behandlung von Wunden mit $2^1/_2$ Proc. essigsaurer Thonerde. — Dr. Barabo gibt im Anschluss an einen ihm vorgekommenen Fall von totalem Dammriss eine eingehende Besprechung des Zustandekommens, der Prophylaxe und Behandlung dieser Affection.

Dr. Heinlein demonstrirt das Leichenpräparat eines stenosirenden Carcinoms der Flexura sigmoidea. Derselbe gibt ferner die günstigen Erfahrungen bekannt, welche er mit Einträufelung einer Papayotinlösung in die Canüle nach Tracheotomien wegen Larynxcroup gemacht hatte.

XVI. Sitzung.

Dr. Buttenwieser erzählt den Fall eines hochgradigen Ascites mit Oedem der untern Extremitäten bei einer 34jährigen Frau, bei der sich nicht etwa eine Nieren- oder Leber-Affection, sondern ausschliesslich eine hochgradige Schrumpfung mit Bronchiectasie der linken Lunge in Folge vorausgegangener Pleuritis nachweisen liess. — Dr. Barabo berichtet über eine das ganze rechte Bein einnehmende septische Phlegmone, ausgehend von einer kleinen, aber vernachlässigten Verletzung des Knies. Wiederholte ausgiebige Incisionen und antiseptischer Verband brachten nach längerer Zeit Heilung zu Stande. — Derselbe erwähnt ferner den von ihm sicher beobachteten raschen Uebergang einer katarrhalischen in eine diphtheritische Angina; der Ausgang war ein günstiger.

XVII. Sitzung.

Dr. Emmerich stellt ein 6 Tage altes Kind vor mit Ectopie der Harnblase. Dr. Joh. Merkel macht die gegen diese Anomalie gebräuchlichen Operationsmethoden namhaft, wobei er insbesondere auf die von Prof. Trendelenburg vor wenigen Wochen erst publicirte, viel versprechende Operation hinweist. — Dr. Buttenwieser gibt eine Zusammenstellung der künstlichen animalischen und vegetabilischen Nährmittel mit Berücksichtigung ihres Nährwerthes und der Art ihrer Einverleibung. — Dr. Barabo berichtet über einen Fall von Verblutung aus dem Nabel bei einem 10 Tage alten Kinde. — Dr. Heinlein beschreibt 2 von ihm in jüngster Zeit beobachtete Fälle von foetaler Rachitis.

XI. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irren-Aerzte.

Einladung.

Die XI. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irren-Aerzte wird am 22. und 23. Mai in Baden-Baden (Blumensaal des Conversationshauses) abgehalten werden.

Die erste Sitzung beginnt am Sonnabend, den 22. Mai, Nachmittags 2 Uhr, die zweite am Sonntag, den 23. Mai, Vormittags 9 Uhr.

Auf die erste Sitzung am 22. Mai folgt ein gemeinsames Essen im Conversationshause.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuch der Versammlung ergebenst ein.

Um rechtzeitig die Zahl der Theilnehmer an dem gemeinsamen Essen wenigstens ungefähr feststellen zu können, werden diejenigen Herren Collegen, welche zu kommen beabsichtigen, um baldgefällige briefliche Mittheilung an einen der Unterzeichneten ersucht.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Prof. Goltz (Strassburg): Zur Physiologie der Grosshirnrinde.
2. Prof. Wiedersheim (Freiburg): Ueber die Urgeschichte der höheren Sinnesorgane.
3. Dr. Edinger (Frankfurt a. M.): Zur Kenntniss des Hirnnervenursprungs.
4. Prof. Fürstner (Heidelberg): Spinale Erkrankungen bei progressiver Paralyse.
5. Prof. Thomas (Freiburg): Ueber einen Fall von Polyneuritis.

6. Privatdocent Dr. Rumpf (Bonn): Zur Pathologie der motorischen Rindencentra.
7. Prof. Kast (Freiburg): Zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung.
8. Dr. Friedmann (Stephansfeld): Ueber die histologischen Veränderungen bei den Formen der acuten traum. Encephalitis.
9. Prof. Hitzig (Halle): Ueber Gelenkneuralgieen.
10. Prof. Erb (Heidelberg): Muskelbefund bei der juvenilen Form der Dystrophia muscul. progressiva.
11. Prof. Schultze (Heidelberg): Kleinere Mittheilungen.
12. Prof. Schottelius (Freiburg): Ueber die Pasteur'schen Schutzimpfungen.
13. Privatdocent Dr. Tuczek (Marburg): Weitere Mittheilungen über die bleibenden nervösen Störungen im Gefolge des Ergotismus.
14. Prof. Berlin (Stuttgart): Weitere Beobachtungen über Dyslexie mit Sectionsbefund.
15. Privatdocent Dr. Engesser (Freiburg): Kurze Mittheilung eines Falles von Lähmung der Unterextremitäten im Anschluss an acuten Gelenkrheumatismus.
16. Prof. Hack (Freiburg): Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit.
17. Dr. Rieger (Würzburg): Demonstration neuer Apparate.
18. Dr. v. Hoffmann (Baden): Ueber einen operativ behandelten Fall von Meningitis mit Eiterung im intravaginalen Raum des Nervus opticus.
19. Dr. Ewald Hecker (Johannisberg): Die Aufnahmebedingungen der offenen Curanstalten für Nervenkranke.
20. Dr. v. Corval (Baden): Ueber unblutige Nervendehnung.
21. Dr. Frey (Baden): Ueber den Einfluss der Schweissbäder bei der mercuriellen Behandlung der Syphilis.

Um gefällige weitere Verbreitung dieser Einladung und um Anmeldung weiterer Vorträge wird gebeten.

Eine Zeitdauer für die einzelnen Vorträge ist in den Statuten nicht festgesetzt. Doch erscheint es auf Grund der seitherigen Erfahrungen und mit Rücksicht auf den Zweck unserer Versammlung gerechtfertigt, an die Herren Vortragenden die Bitte zu richten, soweit thunlich, die Dauer des Vortrages über ein Thema auf höchstens 20—25 Minuten bemessen zu wollen.

Die Geschäftsführer:

Prof. Dr. Bäumler, Freiburg i. B., Dr. Fischer, Illenau.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie.

I. Versammlung zu München am 17., 18. u. 19. Juni 1886.

Programm.

Mittwoch, den 16. Juni Abends 8 Uhr Vorversammlung im Saale des Kunstgewerbehauses (Pfandhausstrasse 7/I).

Donnerstag, den 17. Juni. Erster Sitzungstag. Vormittags 10—1 Uhr: in der k. Universitäts-Frauenklinik: Wahl des nächsten Versammlungsortes und Vorträge. 1—2 Uhr: Frühstück bei Danner oder im Hofbräuhause. Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge in der Klinik. 5 Uhr: Gemeinschaftliches Diner im Saale des Kunstgewerbehauses. Abends: Keller oder Theater.

Freitag, den 18. Juni: Zweiter Sitzungstag. Vormittags 9—12 Uhr in der k. Universitäts-Frauenklinik: Vorträge und Demonstrationen. 12—2 Uhr: Frühstück im Kunstgewerbehaus. 2—4 Nachmittagssitzung: Vorträge. 5 Uhr: Diner in Privatkreisen. Abends: Keller oder Theater.

Sonnabend, den 19. Juni: Dritter Sitzungstag. Vormittags 9—12 Uhr in der k. Universitäts-Frauenklinik: Vorträge und Demonstrationen. 12 Uhr: Schluss. Nachmittags zu noch festzustellender Stunde Fahrt nach Feldafing am Starnbergersee: Gemeinschaftliches Mittagessen.

Die Herren Mitglieder und Theilnehmer werden ersucht, möglichst bald schriftlich beim Unterzeichneten oder spätestens am 17. Juni Vormittags 8—9 Uhr in der k. Universitätsfrauenklinik für das gemeinschaftliche Diner sich einzuschreiben und ihre Betheiligung an der Fahrt nach Feldafing anzugeben.

Zu Führung in der k. Universitätsfrauenklinik ist der Unterzeichnete sowohl Vormittags 8—9 Uhr als Nachmittags 4—5 Uhr bereit.

Bisher sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Herr Müller (Bern). Zur Nachbehandlung schwerer Laparotomien.
2. Herr Bayer (Strassburg). Ueber Placenta praevia.
3. Herr Fehling (Stuttgart). Ueber Fruchtwasseruntersuchung.
4. Herr Saenger (Leipzig). Ueber Palpation der Harnleiter mit Demonstration.
5. Herr Zweifel (Erlangen). Demonstration einiger Präparate.
6. Herr Frommel (München). Beitrag zur Histologie der Eileiter.
7. Herr Saenger (Leipzig). Ueber Vereinfachung der Technik des Kaiserschnittes.
8. Herr Krukenberg (Bonn). Das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft.
9. Herr B. S. Schultze (Jena). Thema vorbehalten.
10. Herr Breisky (Prag). Ueber die Behandlung der Wochenbettkrankheiten als Einleitung zu einer allgemeinen Discussion über dieses Thema.
11. Herr Müller (Bern) eventuell: Ueber die Veränderungen der vorderen Bauchwand im Wochenbett.
12. Herr Saenger (Leipzig). Ueber die Beziehungen der gonorrhoischen Infection zu Puerperalerkrankungen.
13. Herr Kaltenbach (Giessen). Zur Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.
14. Herr Kehrer (Heidelberg). Ueber Puerperalpuls.
15. Herr Olshausen (Halle). Ueber das Verhalten des Cavum Douglasii im weiblichen Körper.
16. Herr Schatz (Rostock). Ueber Geschwüre der Harnblase.
17. Herr Bumm (Würzburg). Die Aetiologie des puerperalen Blasenkatarrhes nach Beobachtungen an Wöchnerinnen und Thierversuchen.
18. Herr Kaltenbach (Giessen). Demonstration von Präparaten.
19. Herr Fischel (Prag). Thema vorbehalten.
20. Herr Skutsch (Jena). Ueber Beckenmessung.
21. Herr Frank (Cöln). Thema vorbehalten.
22. Herr Stumpf (München). Ueber puerperale Eclampsie.
23. Herr Schatz (Rostock). Die typischen Schwangerschaftswehen.
24. Herr Frommel (München). Ueber tuberculose Peritonitis.
25. Herr Kehrer (Heidelberg). Ueber puerperale Mastitis.
26. Herr Olshausen (Halle). Notizen über das klinische Anfangsstadium der Myome.
27. Herr Küstner (Jena). Ueber Perineoplastik.
28. Derselbe: Ueber Cocaïn in der plastischen Chirurgie.
29. Herr Schatz (Rostock). Die Bebrütung des menschlichen Eies.
30. Herr Winckel (München). Ueber das interne puerperale Erysipel mit Demonstrationen.
31. Derselbe: Ueber die Mortalitätsstatistik deutscher Gebär-Anstalten.

München, den 15. Mai 1886.

F. Winckel.

Sterbe-Cassa-Verein der Aerzte Bayerns.

Donnerstag den 10. Juni 1886, früh 8 Uhr, findet im Locale des ärztlichen Vereines zu München, Salvatorstrasse 3/I, die Generalversammlung statt.

Etwaige Vorschläge sind innerhalb 10 Tagen an die Vorstandschaft einzureichen.

Tagesordnung. Rechenschaftsbericht über die Casse und den Stand des im besten Gedeihen sich befindenden Vereines.

Besprechung über Mittel und Wege zur ferneren Förderung desselben.

München den 14. Mai 1886.

Die Vorstandschaft.

Verschiedenes.

(Innerhalb 10 Jahren zum dritten Male an schwerem Scharlach erkrankt.) Wie Dr. Frey (Baden-Baden) in Nr. 11 der Berl. Klin. W. mittheilt, hatte derselbe Gelegenheit einen Patienten mit 19 Jahren an Scharlach zu behandeln, der denselben mit 9 Jahren das erste Mal, etwa 3 Monate später das zweite Mal, stets mit darauffolgender Schuppung, bereits durchgemacht. Als Bürgen, dass an der Diagnose nicht gezweifelt werden kann, führt er die Namen Bauernfeind, Wiederhofer, Unterholzer und Gruber in Wien, Baumgärtner in Baden-Baden an. Jedenfalls ein Curiosum! May.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 17. Mai. §. Der erweiterte Obermedicinalausschuss ist auf Donnerstag den 10. Juni zu einer Plenarsitzung einberufen. Als Gegenstand der Berathung ist vom k. Staatsministerium des Innern der Entwurf der revidirten Tabelle IIIa: Todesursachen nach Alter und Geschlecht, und IIIb: Todesursachen nach Geschlecht und Jahreszeit bestimmt. Von Seite der Delegirten der Aerztekammern sind Anträge bis jetzt noch nicht eingegangen.

— Die preussische Staatsbehörde geht jetzt ernstlich mit der Absicht um, eine besondere Irrenstation bei dem Zellengefängnisse in Moabit für geisteskranke oder Geisteskrankheit heuchelnde Verbrecher einzurichten. Der Minister des Innern hat die äusserste Beschleunigung der Vorarbeiten zu dem Bauprojekt angeordnet.

— Zu der 59. Naturforscherversammlung in Berlin laden für die Section für Pharmakologie der Einführende, Professor Dr. Liebreich und die Schriftführer DDr. Langgaard, Lewin und Rabow ein mit der Bitte Vorträge möglichst bald anzumelden. Es soll Vorsorge getroffen werden, dass die Sitzung der pharmakologischen Section mit den Sectionen für innere Medicin, Chemie und Hygiene nicht collidirt. Etwaige Anfragen und Meldungen sind an das Pharmakologische Institut, Berlin Dorotheenstrasse 34a zu richten.

— In Wien constituirte sich kürzlich das aus 25 Personen bestehende Actionscomité für den 1887 in Wien tagenden internationalen hygienischen Congress.

— Die Bemühungen des schweizerischen Bundesrathes bei der deutschen Reichsregierung bezüglich der Anrechnung des in Genf zurückgelegten medicinischen Studiums bei dem durch die deutsche Medicinalprüfungsordnung vorgesehenen Nachweis einer gewissen Studienzeit sind erfolglos geblieben. Das deutsche auswärtige Amt hat es, namentlich mit Rücksicht auf den Umstand, dass in Genf sämmtliche medicinische Vorlesungen in französischer Sprache gehalten werden, definitiv abgelehnt, die den Universitäten Basel, Zürich und Bern gewährte Vergünstigung auch auf die Genfer Hochschule auszudehnen.

— Vom 1.—8. Mai sind in Brindisi 9 (6), in Ostini 33 (9), in Latiano 17 (4) Erkrankungs- (Todes-) fälle an Cholera vorgekommen. (V. d. K. G.)

— In Moskau sind vom 17. März bis 14. April 3249 Fälle von Infectionskrankheiten zur Anzeige gekommen, darunter 879 Fälle von Flecktyphus und 894 Fälle von Rückfallsfieber; diese beiden Krankheiten haben in besonders hohem Grade um sich gegriffen. (Vgl. Nr. 17. dieser Wochenschrift.)

— Die belgische Academie der Wissenschaften hat eine Reihe von Preisaufgaben gestellt, u. A. die folgende: Es ist durch neue Untersuchungen die chemische Zusammensetzung des Mutterkorns zu bestimmen (Schluss der Bewerbung 1. Februar 1888). Ferner wird ein Preis für die Entdeckung eines Heilsmittels gegen Epilepsie ausgesetzt.

— Am 5. ds. fand zu London das 41. Jahresfest des deutschen Hospitales unter zahlreicher Betheiligung statt. Die bei dieser Gelegenheit veranstaltete Sammlung ergab die Summe von 93,440 M., wohl der höchste Betrag, der bisher je auf den Jahresfesten des Hospitales erzielt wurde.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Stabsarzt Dr. Löffler hat sich als Privatdocent der Hygiene in der medicinischen Facultät habilitirt. — Giessen. Privatdocent Dr. Steinbrügge ist von seinem halbjährigen Urlaub zurückgekehrt und eröffnete am 15. ds. die Unterrichtscurse in der neu eingerichteten Universitäts-Poliklinik der Ohrenkrankheiten. — Kopenhagen. Die k. dänische Gesellschaft der Wissenschaften hat in ihrer Sitzung am 30. April u. A. die Professoren L. Kronecker (Berlin), Alb. Kölliker (Würzburg) und den Director des anatomischen Instituts in Bonn, Franz v. Leydig, zu ausländischen Mitgliedern der mathematisch-naturwissenschaftlichen Classe erwählt. — Leipzig. Dr. Paul Wagner, Sohn des hiesigen Klinikers, mehrjähriger Assistent der chirurgischen Klinik Professor Thiersch's hat sich als Privatdocent für Chirurgie habilitirt. Der Director des pathologischen Instituts, Dr. Birch-Hirschfeld, ist seit einiger Zeit in Besorgniss erregender Weise erkrankt, und kann seine angekündigten Vorlesungen nicht halten.

— In Breslau starb nach längerem Leiden der a. o. Professor für Anatomie und Physiologie, Dr. H. Gierke, im Alter von 39 Jahren. Gierke war mehrere Jahre Professor der Anatomie in Tokio gewesen.

— Dr. D. J. Barnet, Professor der Pharmacie an der Universität in Havana starb in Folge von Brandwunden, die er bei einer Aetherexplosion in seinem Laboratorium sich zuzog.

— Berichtigung zu dem Referat über den Vortrag des Herrn Solger im Verein für innere Medicin zu Berlin (s. vor. Nr. p. 342). Es ist zu lesen: Bismuth salicyl.

Sacch. lact. āā **25,0** (nicht 5,0)

M. f. pulv. Div. in part. aequ. N. 40. 8stdl. 1 Pulv.

Ferner ist die Nachricht von der Berufung des Professors R. Hirzel nach Jena (s. Nr. 18 p. 327) dahin zu berichtigen, dass derselbe für classische Philologie (nicht für Pharmacie) nach Jena berufen wurde. Der Professor der Pharmacie in Leipzig ist H. Hirzel.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennung. Der praktische Arzt Dr. Georg Schwarz in Schillingsfürst zum Bezirksarzte I. Cl. in Eschenbach.

Versetzt. Der Bezirksarzt II. Cl. Dr. Johann Georg Reiter in Waldkirchen auf Ansuchen auf die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Vilsbiburg.

Wohnsitzverlegung. Dr. Joseph Grassl, bisher praktischer Arzt in Breitenberg, k. Bezirksamts Passau, übergesiedelt nach Vilshofen.

Gestorben. Der quiescirte Bezirks- und frühere Hausarzt beim Zuchthause in Plassenburg, Dr. Andreas Haberstrumpf in Kulmbach; der praktische und Krankenhausarzt Dr. Philipp Ritter v. Kern in Schwabing; der k. Bezirksarzt I. Cl., Medicinalrath Dr. Nicolaus Henkel in Erding; der praktische Arzt Dr. Johannes Schreyer in Weismain.

Erledigt. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. in Erding.

(Württemberg.)

Niederlassungen. Dr. Carl J. Schiemann in Teinach; Dr. E. Lampé in Braunsbach.

München: Morbiditäts-Statistik aus der Zeit vom 10. bis incl. 16. Mai 1886.

Es wurden 120 acute Erkrankungen angemeldet:

Typhus 2, Magendarmkatarrh 28, Wechselfieber 2, Blattern (Varicellen) —, Scharlach 3, Masern —, Diphtherie 4, Croup —, Gesichtsrose 1, Keuchhusten 2.	42
Rachenentzündung 26, Entzündung der Bronchien 26, Lungenentzündung 7, Brustfellentzündung 5, Acuter Gelenkrheumatismus 7, Entzündung d. Herzens (Peri-Myo-Endocarditis) —, Kindbettfieber —,	71
sonstige fieberhafte Erkrankungen	7
In Summa:	120

Uebersicht der Sterbfälle in München während der 18. Jahreswoche vom 2. bis incl. 8. Mai 1886.

Bevölkerungszahl 260,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 1 (1), Diphtherie und Croup 3 (1), Keuchhusten — (2), Unterleibstyphus 1 (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber 2 (—), andere zymotische Krankheiten 3 (2).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 169 (152), der Tagesdurchschnitt 24.1 (21.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 33.5 (30.2), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 23.4 (19.9), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 22.1 (18.1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle an den Pocken in Bayern während des Jahres 1885.

Regierungs-bezirke.	Gesammtzahl der Erkrankungen an den Pocken	Auf 10000 Einwohner treffen Erkrankungen	Gesammtzahl der Todesfälle an den Pocken	Auf 100 Erkrankungen treffen Todesfälle	Unter den Erkrankten (Spalte 2) waren: Vaccinirte (Einmal Geimpfte): Zahl der Erkrankten	In Proc. der nach Spalte 2 Erkrankt.	Zahl der Gestorbenen	In Proc. der Erkrankten (Sp. 6)	Revaccinirte: Zahl der Erkrankten	In Proc. der nach Spalte 2 Erkrankt.	Zahl der Gestorbenen	In Proc. der Erkrankten (Sp. 10)	Ungeimpfte: Zahl der Erkrankten	In Proc. der Erkrankten (Sp. 2)	Zahl der Gestorbenen	In Proc. der Erkrankten (Sp. 14)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
Oberbayern	110	1,09	16	14,5	74	67,3	7	9,5	25	22,7	2	8,0	11	10,0	7	63,6
Niederbayern	12	0,18	1	8,3	10	83,3	1	10,0	—	—	—	—	2	16,7	—	—
Pfalz	1	0,01	—	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	1	0,02	—	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	0,02	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100,0	—	—
Mittelfranken	1	0,01	—	—	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	16	0,25	—	—	6	37,5	—	—	2	12,5	—	—	8	50,0	—	—
Königreich 1885	142	0,26	17	12,0	93	65,5	8	8,6	27	19,0	2	7,4	22	15,5	7	31,8
Königreich 1884	63	0,12	8	12,7	51	81,0	5	9,8	8	12,7	1	12,5	4	6,3	2	50,0

Zusammenstellung der wichtigsten Krankheiten, welche im Regierungsbezirke Schwaben und Neuburg im März 1886 von 115 Aerzten beobachtet wurden.

Physikat	Typhus m.	Typhus w.	Intermittens m.	Intermittens w.	Puerperalfieber m.	Puerperalfieber w.	Dysenterie m.	Dysenterie w.	Cholera epid. m.	Cholera epid. w.	Variola m.	Variola w.	Scarlatina m.	Scarlatina w.	Morbilli m.	Morbilli w.	Tussis convuls. m.	Tussis convuls. w.	Meningitis cer. spinalis m.	Meningitis cer. spinalis w.	Diphtherie und Croup m.	Diphtherie und Croup w.	Parotitis epidem. m.	Parotitis epidem. w.	Erysipelas. Rose. m.	Erysipelas. Rose. w.	Pleuritis m.	Pleuritis w.	Pneumonie m.	Pneumonie w.	Tuberculosis m.	Tuberculosis w.	Rheumatis. artic. acut. m.	Rheumatis. artic. acut. w.	Morbus Brightii m.	Morbus Brightii w.	Scrophulosis m.	Scrophulosis w.	Ophth. blenn. neonat. m.	Ophth. blenn. neonat. w.	Zahl der mitarbeitenden Aerzte
Augsburg, Stadt	2	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	6	11	2	1	4	3	2	2	27	9	14	6	24	4	2	2	—	—	—	—	10
Augsburg, Land	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	—	—	4	3	2	—	18	18	3	3	2	4	1	—	1	—	—	—	4
Dillingen	5	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	11	10	—	1	2	3	—	—	2	5	16	1	3	3	2	—	12	20	7	1	6	1	—	—	—	1	1	—	10
Donauwörth	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	5	—	—	1	—	—	—	—	1	2	—	15	5	1	7	1	2	—	—	2	—	—	—	8
Füssen	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	2	2	1	1	2	2	—	—	—	—	—	—	3
Günzburg	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	4	2	6	3	4	2	1	—	—	—	—	1	—	—	5
Illertissen	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	4	2	5	7	—	1	1	1	1	4	—	—	—	—	4	2	5	9	8	4	—	3	—	—	3	—	1	—	5
Kaufbeuren	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	5	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	2	1	3	—	25	16	1	1	6	4	1	1	—	—	—	—	6
Kempten	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Krumbach	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	3	5	—	—	1	1	—	—	1	2	3	1	10	5	4	4	2	3	—	—	—	4	—	—	5
Lindau	—	—	1	—	—	3	1	—	—	—	1	—	2	9	—	—	3	4	—	—	4	5	—	—	7	7	2	1	13	18	8	10	12	9	1	-	2	4	—	—	12
Memmingen	6	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	7	—	—	4	2	—	1	1	2	—	4	36	28	7	5	—	7	3	1	4	3	—	—	11
Mindelheim	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	—	2	—	—	1	—	1	—	1	2	2	1	17	7	3	1	4	—	—	—	4	6	—	1	4
Neuburg a. D.	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	2	—	3	—	8	6	8	4	1	2	1	—	—	2	—	—	4
Neuulm	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	10	9	—	—	4	8	—	—	1	2	2	—	6	3	5	4	5	3	2	1	2	3	—	—	3
Nördlingen	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4	—	—	—	—	—	1	8	3	—	—	1	2	1	1	27	16	4	4	4	7	1	—	—	—	—	—	6
Oberdorf	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	4	—	—	1	—	4	1	—	—	—	1	1	—	9	7	—	3	8	4	—	—	—	—	—	—	6
Sonthofen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	2	7	1	—	1	6	4	9	6	8	—	—	—	1	—	—	4
Wertingen	1	1	1	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	3	5	5	2	1	2	3	—	—	—	—	—	1	4
Zusmarshausen	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	6	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	2	4	25	11	5	7	—	4	—	—	1	2	—	—	4
Summa	24	24	2	8	—	17	5	—	—	—	1	—	27	40	18	20	37	44	3	2	41	46	19	3	32	40	38	22	269	192	93	79	87	70	12	5	19	27	2	2	115
	48		10		17		5		—		—		67		38		81		5		87		22		72		60		461		172		150		17		46		4		

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Bruns, Dr. **Paul**, Beiträge zur klinischen Chirurgie. II. Bd. 1. H. Tübingen. 1886. 4 M.

Camerer, Dr. **W.**, Die Ursachen, Folgen und Behandlung der Fettsucht. Tübingen. 2 M.

Guttmann, Dr. **S.**, Jahrbuch der praktischen Medicin. Jahrg. 1886. I. Hälfte. Mit Wörterbuch der Bacterienkunde von Professor Dr. Miller als Gratisbeilage. Stuttgart. 1886. 6 M.

Guttmann, Dr. **P.**, Jahrbuch für praktische Aerzte. IX. Bd. I. Abthlg. Berlin. 1886.

Jahrbuch der praktischen Medicin Jahrgang 1885. II. Hälfte. Stuttgart. 1885. 11 M.

Soltmann, Dr. **Otto**, Ueber die Behandlung der wichtigsten Magen-Darmkrankheiten des Säuglings. 2. vermehrte Auflage. Tübingen. 1886. 1 M. 50.

v. Ziemssen's Handbuch der allgemeinen Therapie. III. Bd. **Erb**, Dr. W., Handbuch der Elektrotherapie. 2. vermehrte Auflage. Leipzig 1886. 15 M.

Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.